



SÉCURITÉ à DOMICILE



Une étude pancanadienne sur la SÉCURITÉ DES SOINS À DOMICILE



THE CHANGE
FOUNDATION



Canadian Foundation for
**Healthcare
Improvement**

Fondation canadienne pour
**l'amélioration des
services de santé**



Canadian Institutes
of Health Research

Instituts de recherche
en santé du Canada

Institut canadien pour la sécurité des patients
Bureau 410, 1150 chemin Cyrville
Ottawa, (Ontario) K1J 7S9
Téléphone: 613-730-7322
Télécopieur: 613-730-7323

Canadian Patient Safety Institute
Suite 1414 , 10235 - 101 Street
Edmonton, AB, Canada
T5J 3G1
Toll Free: 1-866-421-6933
Phone: 780-409-8090
Fax: 780-409-8098

© 2013 Institut canadien pour la sécurité des patients

Tous droits réservés. Nous vous donnons la permission de redistribuer ce document, en tout ou en partie, à des fins éducatives ou non commerciales, à condition que le contenu n'en soit pas modifié, qu'il soit correctement attribué à l'Institut canadien pour la sécurité des patients et qu'il soit clairement indiqué que l'Institut canadien pour la sécurité des patients n'endosse pas cette redistribution. Une permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients est nécessaire pour tous les autres usages y compris l'utilisation commerciale des illustrations.

Cette publication est gratuitement téléchargeable au www.patientsafetyinstitute.ca.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients aimerait remercier Santé Canada pour son appui financier. Les opinions exprimées ici ne reflètent pas forcément la position de Santé Canada.

ISBN: 978-1-926541-57-0



L'illustration de la page couverture est une oeuvre de Jim Gabert.

Jim Gabert habite à Sherwood Park, en Alberta, et compte parmi les nombreux Canadiens qui reçoivent des soins à domicile en raison de leurs besoins particuliers. Il peint depuis plus de 15 ans au Nina Haggerty Centre for the Arts d'Edmonton, en Alberta, un endroit où les adultes souffrant d'incapacités diverses s'expriment à travers une activité créative. ***

CO-DIRECTEURS

D^{re} DIANE M. DORAN, PHD | University of Toronto

D^r RÉGIS BLAIS, PHD | Université de Montréal

CHEFS D'ÉQUIPE DES SOUS-PROJETS

D^{re} MARGARET B. HARRISON, PHD | Queen's University

D^r JOHN P. HIRDES, PHD | University of Waterloo

D^r G. ROSS BAKER, PHD | University of Toronto

D^{re} ARIELLA LANG, PHD | Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

D^{re} MARILYN MACDONALD, PHD | Dalhousie University

MEMBRES DES ÉQUIPES

MADAME DONNA DILL | Nova Scotia Department of Health, Nova Scotia

MADAME SUSAN DONALDSON | Association canadienne des soins et services à domicile, Ontario

MADAME LISA DROPPA | Ontario Association of Community Care Access Centres, Ontario

D^r ANTHONY CHARLES EASTY | University Health Network, Ontario

D^{re} ANDREA GRUNEIR | Women's College Hospital, Ontario

D^r GEORGE A. HECKMAN | University of Waterloo, Ontario

D^r JOHN P. HIRDES | University of Waterloo, Ontario

MADAME HÉLÈNE LACROIX | Saint Elizabeth Health Care, Ontario

MADAME LYNNE MANSELL | Alberta Health Services, Alberta

D^{re} LORI MITCHELL | Winnipeg Regional Health Authority, Manitoba

MADAME TERRY MORRISSEY | Réseau de santé Horizon, New Brunswick

D^{re} MAEVE O'BEIRNE | University of Calgary, Alberta

D^{re} NANCY A. SEARS | St. Lawrence College, Ontario

D^{re} R. LYNN STEVENSON | Vancouver Island Health Authority, British Columbia

D^{re} JANET L. STORCH | University of Victoria, British Columbia

MADAME NANCY WHITE | Institut canadien d'information sur la santé, Ontario

RÉSUMÉ

CONTEXTE

Les soins à domicile (SD) sont une composante essentielle de la restructuration des soins de santé qui a actuellement lieu au Canada. Sa popularité croissante comme option de soin s'accompagne d'une sensibilisation accrue aux enjeux de sécurité des clients propres à l'environnement des SD. Les événements indésirables (EI) sont des problèmes de sécurité bien étudiés dans le contexte des soins de longue durée [1]; cependant, il existe peu de données relatives aux problèmes de sécurité rencontrés par les patients en contexte de SD [2, 3]. Nous avons entrepris cette étude pour combler cette lacune dans nos connaissances.

Cette étude visait six objectifs :

- 1 Déterminer la fréquence, la magnitude et les genres d'EI dans les programmes de SD au Canada;
- 2 Déterminer les facteurs de risque, les facteurs d'utilisation des services et les autres facteurs contribuant aux EI dans la population des SD en général, ainsi que dans les sous-populations souffrant d'insuffisance cardiaque congestive (ICC), de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de diabète et de démence;
- 3 Déterminer le fardeau des préoccupations et des risques de sécurité du client du point de vue des clients, des aidants bénévoles, de la famille et des professionnels rémunérés;
- 4 Proposer une méthodologie pour l'étude de la sécurité du client dans les SD;
- 5 Identifier les politiques, les pratiques et les outils qui pourraient réduire le nombre d'EI inutiles en SD;
- 6 Proposer une définition de la sécurité en SD qui reflète la complexité de l'environnement de SD.

MÉTHODES

De nombreuses méthodes de recherche ont été utilisées pour atteindre ces objectifs. On a conduit une analyse de la portée de la littérature pour déterminer les genres d'EI, leur magnitude, les facteurs qui y contribuent. Une analyse des bases de données secondaires du Canada pour le Yukon, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse, en 2008 et en 2009, a été menée afin d'estimer les taux d'incidence des EI, leurs conséquences et les facteurs de risque associés. Cette analyse a été complétée par l'examen détaillé de 1 200 dossiers médicaux, effectué au Manitoba, au Québec et en Nouvelle-Écosse. On a aussi mené des entrevues avec des patients souffrant de maladies chroniques, leurs aidants bénévoles, leur famille et leurs professionnels rémunérés dans 18 ménages (6 en Colombie-Britannique, 6 au Manitoba et 6 au Nouveau-Brunswick), afin de déterminer le fardeau des préoccupations de sécurité du client du point des aidants, payés ou non. On a aussi réuni des groupes de discussion avec des travailleurs en soutien à domicile et avec du personnel infirmier. De plus, on a effectué une analyse d'incident sur 27 cas comportant 14 chutes et 13 EI reliés aux médicaments provenant de l'Alberta, du Manitoba et de l'Ontario. Cette analyse a été conduite dans le but d'identifier les politiques, les pratiques et les outils qui pourraient être mis en œuvre pour réduire l'incidence des EI inutiles.

RÉSULTATS

Le taux d'incidence annuel d'un EI, tel qu'évalué à partir de données secondaires, s'est avéré être de 13 %. Le taux d'incidences des EI identifiés dans les dossiers médicaux était de 4,2 % (IC 95 % = [3,0 % - 5,4 %]). Parce que plusieurs clients reçoivent des services de SD sur une période de plusieurs mois, voire parfois de plusieurs années, le taux d'incidence observé dans les dossiers médicaux a été extrapolé de manière à calculer un d'incidence annuel de 10,1 % (IC 95 % = [8,4 % - 11,8 %]). Notre examen a aussi déterminé que 56 % de ces EI étaient inutiles, que 91,4 % avaient entraîné une utilisation accrue des ressources du réseau de la santé, que 68,8 % avaient entraîné des pertes fonctionnelles et que 7,5 % avaient provoqué le décès du client. Les principales catégories d'EI identifiés à partir des rapports médicaux et des données secondaires sont les chutes, les incidents liés aux médicaments et les infections. Les infections étaient les EI les plus courants à survenir dans les 30 jours suivant le début des SD. Les clients présentant plus de comorbidité, ceux qui étaient le plus dépendants (faibles résultats aux tests d'activités instrumentales de la vie quotidienne ou d'AVQ), ceux souffrant d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de la maladie de Parkinson ou d'insuffisance hépatique, ceux en polypharmacie ou qui exigent un nombre accru de jours de SD et ceux ayant reçu leur congé de l'hôpital depuis moins de 30 jours, ont tous connu des risques accrus d'EI. En ce qui concerne les conséquences des EI, nous avons déterminé qu'une chute ayant causé une blessure provoque une hausse significative des chances qu'un client soit admis dans un établissement de soins de longue durée ou qu'il meure. Nous avons également déterminé que trois genres d'événements, soit le délirium, la sepsie et l'incident médicamenteux, étaient associés à une augmentation des chances de décès du client.

Nos entrevues avec les clients/aidants/professionnels ont permis d'identifier six thèmes reliés à la sécurité :

- 1 Le défi peu reconnu consistant à prodiguer des soins dans une maison privée;
- 2 Les problèmes de conception du système, qui forcent les clients et les aidants à naviguer à travers tout un éventail de services disparates;
- 3 « La croissance des responsabilités » et les changements : les aidants bénévoles doivent assumer de plus en plus de responsabilités tout en faisant face au changement dans leur propre santé, leur style de vie et leur rôle comme aidant;
- 4 Le rationnement des concentrateurs portatifs d'oxygène, qui mène au rationnement de la vie, en particulier chez les patients atteints de MPOC ;
- 5 Les clients qui « font ce qu'il faut » pour demeurer à la maison, parfois en taisant leurs besoins de crainte de se faire dire qu'ils ne peuvent plus vivre de manière autonome; et
- 6 Le sérieux déclin de la santé des aidants, si sont souvent des conjoints âgés ou des enfants retraités.

Notre analyse des incidents a identifié ces quatre faiblesses systémiques globales, qui constituent autant de facteurs contribuant à l'incidence d'EI :

- 1 Incohérence de la manière dont les soins sont planifiés, puis livrés sous forme de SD;
- 2 Manque d'intégration des équipes de SD; absence de coordination des soins entre les secteurs de la santé et échecs de communication.
- 3 Manque de normalisation des procédures, de l'équipement et des emballages de médicaments; et
- 4 Clients et aidants qui prennent des décisions qui menacent leur propre santé.

RECOMMANDATIONS

Pour conclure, l'étude a formulé un ensemble de recommandations visant à répondre aux enjeux de sécurité que nous avons identifiés :

1 Organismes :

- a) Offrir de la formation, un appui soutenu, des conseils et des bilans de santé aux aidants bénévoles;
- b) Mettre en place des politiques et des procédures permettant de gérer les médicaments de manière plus sécuritaire dans un contexte de SD; et
- c) Affecter à chaque client des SD un directeur intersectoriel disposant de l'autorité et de la responsabilité voulues pour planifier et assurer la livraison de soins de qualité et de sécurité constante.

2 Décideurs :

- a) Développer des compétences normalisées pour les employés de soutien à domicile.
- b) Explorer la possibilité d'établir une meilleure collaboration entre les SD et les soins institutionnels;
- c) Réunir des équipes interdisciplinaires intégrées, réunissant les clients et ceux qui en prennent soin, afin d'assurer la continuité des soins d'un secteur de la santé à l'autre, en portant une attention particulière aux patients qui ont récemment reçu leur congé de l'hôpital et qui relèvent désormais des soins à domicile;
- d) Mettre en place un dossier médical informatisé unique, que chaque soignant dans chaque secteur pourrait consulter, ce qui permettrait de normaliser les communications d'une discipline à l'autre et d'un secteur à l'autre et d'augmenter le recours aux rapports électroniques et autres outils de communication;
- e) Lever les restrictions sur l'approvisionnement en réservoirs d'oxygène portatifs pour les clients souffrant de MPOC; et
- f) Normaliser l'équipement et l'emballage des médicaments.

3 Chercheurs :

- a) Établir et normaliser des politiques relatives à la procédure et au moment propice pour l'évaluation du risque et inciter à utiliser les outils déjà disponibles au Canada, comme le Resident Assessment Instrument (RAI) et ses protocoles d'évaluation cliniques, pour estimer et contribuer à réduire le risque que survienne un incident préjudiciable; et
- b) Établir et diffuser une liste nationale d'EI à déclaration obligatoire ayant recours à des définitions, des formulaires et des procédures communes.

Bien que le rapport se concentre essentiellement sur les aspects de la prestation de SD exigeant des réformes et des améliorations, il est important de reconnaître l'impressionnant apport de tous ceux qui s'emploient à offrir des soins de qualité à des centaines de milliers de Canadiens.

CONTEXTE

Les soins à domicile (SD) constituent une option de soin dont la popularité – et en conséquence, les coûts – est en croissance. L'Association canadienne de soins et services à domicile estime que 1,4 million de Canadiens ont reçu des SD financés par le secteur public en 2011. Cela représente une hausse de 55 % par rapport à 2008 [4]. Le coût de ces soins est estimé à 5,8 milliards \$ par année [5]. Une des raisons de cette augmentation, c'est que l'environnement de soins de courte durée donne de plus en plus souvent leur congé à des patients nécessitant des soins continus. Selon les dossiers, environ 73,4% des patients des SD ont reçu leur congé d'un établissement de soins de courte durée [7]. Cette croissance soutenue des soins à domicile entraîne un nouveau défi, celui de comprendre et de gérer les enjeux de sécurité propres à ce type de soins. La littérature médicale ne fait que commencer à s'intéresser aux enjeux de sécurité des soins à domicile; il est toutefois impératif qu'on le comprenne mieux si l'on veut formuler des recommandations de politiques et de pratiques capables d'y répondre de manière efficace. Cette étude pancanadienne de la sécurité des soins à domicile a été conçue pour réunir, examiner et analyser des données récentes et pertinentes en SD au Canada, de manière à offrir le soutien nécessaire à ce projet.

Bien que le rapport se concentre essentiellement sur les aspects de la prestation de SD exigeant des réformes et des améliorations, il est important de reconnaître l'impressionnant apport de tous ceux qui s'emploient à offrir des soins de qualité à des centaines de milliers de Canadiens. Nous savons que leurs efforts seront mieux soutenus par l'amélioration continue de plusieurs aspects particuliers du système de SD.

Une des premières études des patients des SD réalisées au Canada a porté sur un échantillon de 279 patients des SD à Winnipeg. Cette étude a relevé un taux d'événements indésirables de 5,5 %, dont près de la moitié (46 %) étaient des chutes provoquant des blessures [3]. Deux autres études, l'une menée aux États-Unis [7] et l'autre au Canada [2], rapportaient que 13 % des clients des SD avaient subi des EI, parmi lesquels les infections urinaires, les chutes et les accidents à la maison, ainsi que l'aggravation des blessures, étaient les plus fréquents. Dans une troisième étude réalisée au Canada [8], les EI et leurs résultats les plus fréquents étaient les nouvelles chutes (11 %), la perte de poids non planifiée (9 %), une nouvelle visite à l'urgence (7 %) ou à l'hôpital. Jusqu'ici, les études des clients des SD présentaient de sérieuses limites au niveau de la taille de l'échantillon, des populations étudiées (par exemple, patients de longue durée) et du manque d'attention à la relation client/aidant. Cette étude-ci dépasse ces limites en ayant recours à une grande cohorte basée sur la population nationale en utilisant une variété de méthodes de recherche pour en arriver à des estimations valides de la prévalence et de l'incidence des EI chez les clients des SD.

CONCEPTUALISER LA SÉCURITÉ DES SOINS À DOMICILE

Le cadre d'analyse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a guidé la conceptualisation des variables de sécurité des patients [9] utilisées dans notre étude. La sécurité des patients y est décrite à la fois comme un processus (la réduction et l'atténuation des actes non

sécuritaires posés dans le cadre du système de santé et le recours aux meilleures pratiques) [10] et comme un résultat (« la protection du patient contre les préjudices inutiles ou potentiels liés aux soins de santé ») [9]. En adaptant cette définition aux SD, nous pouvons définir la **sécurité du patient** comme *l'absence de préjudice causé au client, à sa famille et aux aidants bénévoles par les soins prodigués dans la maison du client (résultat), ainsi que les mesures adoptées pour prévenir ou atténuer ce préjudice (processus)*. La sécurité du patient est généralement évaluée en mesurant l'incidence des EI. Un *événement préjudiciable* est défini par l'OMS comme un tort provoqué par la gestion ou par une complication médicale plutôt que par la maladie sous-jacente elle-même, lorsqu'il en découle un préjudice. Un *préjudice inutile* se définit comme la conséquence d'un EI et implique généralement une prolongation des soins, une incapacité ou la mort au moment du congé [9]. Un préjudice inutile peut être attribuable, en tout ou en partie, aux soins qui ont été prodigués. Dans les soins à domicile, il est parfois difficile de déterminer la relation causale, parce qu'une grande partie des soins prodigués ne fait l'objet d'aucune observation. Afin de diminuer les risques de biais de détection, nous avons élaboré des règles précises, des critères d'inclusion et d'exclusion pour les EI et nous avons eu recours à des méthodes multiples pour déterminer le taux d'incidence des EI.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les six objectifs de l'étude étaient de :

- 1 Déterminer la prévalence, la fréquence, la magnitude et le genre d'événements indésirables dans les soins à domicile au Canada;
- 2 Déterminer les facteurs de risque, les facteurs d'utilisation du service et les autres conditions associées aux événements indésirables dans la population des SD en général et parmi les sous-populations souffrant d'insuffisance cardiaque congestive (ICC), de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), de diabète et de démence;
- 3 Déterminer le fardeau des préoccupations et des risques de sécurité du client du point de vue des clients, des aidants bénévoles, de la famille et des professionnels rémunérés;
- 4 Proposer une méthodologie pour l'étude de la sécurité du client dans les SD;
- 5 Identifier les politiques, les pratiques et les outils qui pourraient réduire le nombre d'EI inutiles en SD;
- 6 Proposer une définition de la sécurité en SD reflétant la complexité du contexte de SD.

MÉTHODES

Des méthodes variées ont été utilisées pour répondre aux objectifs de l'étude. Elles comprenaient notamment : a) une analyse de la portée de la littérature; b) une analyse quantitative exhaustive des bases de données secondaires sur la santé au Canada; c) un examen des dossiers médicaux et des rapports d'incident des clients; d) des entrevues avec les clients, les membres de leur famille et les aidants formels et informels; et e) l'analyse des incidents. Les résultats de l'analyse de la portée de la littérature a permis de déterminer les genres d'EI, leur magnitude et les facteurs qui y contribuent. Les conséquences dont fait mention la recherche internationale ont fait l'objet d'un rapport séparé [11].

COHORTE RÉTROSPECTIVE

On a eu recours à une cohorte rétrospective pour estimer la fréquence et les genres d'EI que connaissent les clients des SD et leurs conséquences, ainsi que pour déterminer les facteurs de risque associés. Le recours à la cohorte rétrospective implique deux sortes d'analyse. La première est une analyse des bases de données secondaires du Canada de 2008 et 2009 pour le Yukon, la Colombie-Britannique, le Manitoba, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse. Les données ont été dérivées du Système d'information sur les services à domicile (SISD), de la Base de données sur les congés des patients (BDPC), du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) et du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). La seconde analyse a consisté à mener des examens détaillés de dossiers médicaux du Manitoba, du Québec et de la Nouvelle-Écosse, effectués afin d'estimer la fréquence des EI, de déterminer les facteurs contributifs et de décrire les conséquences telles que rapportées dans les dossiers médicaux des clients. Au Manitoba, les données concernaient des clients relevant spécifiquement de l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW). Au Québec, les clients, financés par le secteur public, étaient desservis par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Dix des 18 régions sanitaires du Québec ont été choisies au hasard pour cet examen des dossiers. Elles représentent environ 90 % des clients québécois des SD. En Nouvelle-Écosse, ce sont les clients qui recevaient des services fournis par les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada) dans les régions de Halifax et du Cap Breton (Sydney) qui étaient éligibles à l'étude. Ceci représente environ 57 % de la clientèle provinciale des SD.

Des accords relatifs à l'éthique ont été émis par l'Université de Toronto, l'Université du Manitoba, l'Office régional de la santé de Winnipeg, l'Université de Montréal, l'Université Dalhousie, VON Canada et chaque CSSS québécois participant qui en a formulé la demande.

L'étude des dossiers médicaux a été menée en deux étapes. À la première étape, des infirmières qualifiées ont identifié les dossiers médicaux de clients qui répondaient positivement aux critères de sélection relatifs à la présence d'un EI. À la seconde étape, des médecins ont procédé à un examen complet des dossiers médicaux répondant positivement aux critères afin de déterminer la présence ou non d'un EI. L'échantillon cible de l'étude consistait en 1 200 dossiers, dont 300 provenant de Winnipeg, 600 du Québec (60 de chacun des 10 CSSS) et 300 de la Nouvelle-Écosse (150 de chacune des deux régions). Dans chacun des sites soumis à l'étude, on a choisi un échantillon aléatoire de clients ayant reçu leur congé des SD durant l'année d'imposition 2009-2010 (entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010). Dans le cas d'un client ayant reçu son congé plus d'une fois durant cette période, seul le premier congé (considéré comme une admission de premier cas) a été retenu. Les dossiers ont été choisis au hasard dans chaque province jusqu'à ce que l'échantillon souhaité ait été atteint. Au total, l'examen a porté sur 1 200 dossiers médicaux qualifiés.

IDENTIFICATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Afin de minimiser les risques de biais de détection lors de l'examen des EI sur les bases de données secondaires, nous avons adopté des règles précises et des critères d'inclusion et d'exclusion pour chaque incident (dans un fichier supplémentaire, disponible auprès des auteurs). Nous avons utilisé les codes CIM-10 dans les données SNISA/BDPC, des objets

d'évaluation RAI et des catégories diagnostiques provisoires du DSM-IV dans les données en santé mentale. On n'a tenu compte que des diagnostics préadmission, à l'exception des cas de suicide, pour lesquels les diagnostics pré et post admission ont été retenus, en raison de leur petit nombre. Seules les visites de SD non-planifiées ont été retenues. Les clients des SD ont été suivis depuis la date d'ouverture de leur cas jusqu'à ce que survienne un incident identifiable parmi les données des soins de courte durée. La période de filtrage couvrait les 30 jours suivant le congé du client du programme de SD. Nous avons spécialement fait attention à deux conséquences précises des EI : l'hospitalisation en centre de soins de longue durée (SLD) et le décès du client. L'hospitalisation en SLD ou en maison de retraite a été identifiée à l'aide du Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Le décès a été identifié à travers les dossiers du SNISA, du BDCP ou ceux d'un SD mentionnant un décès durant l'épisode ou dans les 30 jours l'ayant suivi.

Lors de l'examen des dossiers, on identifiait un EI lors que chacun de ces trois critères était rempli : a) il y a eu préjudice; b) il en a résulté soit une incapacité, soit la mort, soit un recours accru aux services de santé; et c) ces conséquences étaient vraisemblablement causées par les soins eux-mêmes (le score de relation causale devait atteindre au moins quatre sur une échelle de six points, soit 50 % des chances que l'incident soit causé par les soins eux-mêmes). Les médecins qui ont procédé à l'examen ont évalué l'aspect évitable de chaque incident préjudiciable en utilisant l'échelle de six points utilisée dans les études précédentes : 1. virtuellement inévitable; 2. marginalement à faiblement évitable; 3. évitabilité réduite (moins que 50 % des chances, mais « ça aurait pu »); 4. probablement évitable (plus que 50 % des chances, mais de justesse); 5. fortement évitable; 6. évitable de manière quasi certaine. [1-6]

Les examinateurs étaient à la recherche d'EI survenus pendant la première admission aux SD et détectés soit durant l'admission de référence ou durant les admissions qui ont suivi le congé de l'admission initiale. Ils ont également identifié les EI qui étaient associés aux admissions aux SD dans les 12 mois précédant le congé de l'admission de référence. Seuls les renseignements disponibles sur les dossiers médicaux des SD ont été utilisés; l'information contenue dans les dossiers médicaux des hôpitaux ou d'autres sources n'a pas été utilisée, à moins qu'on en ait trouvé la trace dans les dossiers des SD.

L'analyse descriptive a été utilisée pour identifier le genre et la fréquence des EI rapportés, de même que les conséquences de ces incidents. Le taux d'incidence pour les EI identifiés à travers les bases de données secondaires a été déterminé en calculant le nombre de clients pour qui on a rapporté un EI dans les données BDCP/SNISA/SIOSM, divisés par le nombre de clients inscrits au programme de SD durant l'année civile. Les incidents de même nature n'ont été comptés qu'une seule fois. Une analyse de régression logistique a été utilisée pour examiner les relations entre les événements et les conséquences, comme l'incapacité, l'admission dans un centre de SLD ou le décès.

ENTREVUES AVEC LES CLIENTS ET LES PRESTATAIRES

10 Des entrevues ont été menées auprès des clients, de leurs aidants bénévoles, des membres de la famille et des prestataires rémunérés, afin de déterminer quel était de leur point de vue le fardeau des préoccupations relatives à la sécurité du patient. Les clients choisis provenaient

de 18 ménages (6 en Colombie-Britannique, 6 au Manitoba et 6 au Nouveau-Brunswick). Une analyse descriptive [6] a été menée dans le but de relever les facteurs sociaux, émotionnels, fonctionnels, physiques et contextuels qui ont pu influencer la sécurité. L'échantillon, pour cette partie de l'étude, regroupait des patients des SD souffrant d'ICC, de MPOC et/ou d'autres maladies chroniques. La collecte de donnée s'est déroulée sous la forme d'entrevues semi-structurées enregistrées sur piste audio, suivies d'une évaluation environnementale basée sur des photos des maisons et de groupes de discussion.

ANALYSE DES INCIDENTS

L'analyse des incidents a été utilisée pour déterminer les causes premières de deux des genres les plus fréquents d'EI : les chutes et les incidents médicamenteux. On a conduit une telle analyse d'incident sur 27 cas, 14 chutes et 13 incidents médicamenteux, survenus en Alberta, au Manitoba et en Ontario, de manière à identifier les politiques, les pratiques et les outils qui pourraient réduire l'incidence des EI inutiles. Nous avons recruté et formé six équipes dans trois provinces à la conduite de ces analyses d'incident. Dans chaque province, les équipes ont désigné certains de leurs membres pour constituer un panel d'experts. Chaque équipe a choisi cinq dossiers de clients relevant des EI survenus entre janvier 2011 et mars 2012. Un membre de l'équipe a ensuite fixé un rendez-vous avec le client, un membre de sa famille, un travailleur des SD et un gestionnaire de cas. Les panels d'experts se sont rencontrés pour regrouper les thèmes par catégorie, par recommandations, par leçons inattendues et par surprise. Les travaux des panels d'experts ont ensuite été soumis aux dirigeants des SD provinciaux pour discuter de l'applicabilité des résultats dans le contexte local.

RÉSULTATS

ANALYSE DES BASES DE DONNÉES SECONDAIRES ET EXAMEN DES DOSSIERS MÉDICAUX

Les résultats de notre analyse des bases de données secondaires sont présentés en premier, puis suivis des résultats de l'examen des dossiers médicaux.

L'Ontario était la seule province au pays où toutes les bases de données secondaires étaient disponibles, de sorte que nos taux d'incidence se rapportent à la population ontarienne des SD. Les taux d'EI identifiés dans SNISA/BDCP/SIOSM en Ontario en 2008 et en 2009 sont exposés dans le tableau 1. Les chutes ayant provoqué des blessures, les blessures d'origine autre que les chutes et les incidents médicamenteux ayant nécessité une visite à l'urgence ou une hospitalisation sont les EI qui sont le plus souvent survenus. Parmi les incidents médicamenteux, les cinq plus fréquents sont les empoisonnements accidentels, les effets préjudiciables à dose thérapeutique, les surdoses, les désordres hémorragiques provoqués par les anticoagulants, les septies/bactériémies et le délirium. La thrombose veineuse profonde, l'ulcère du pied diabétique, l'embolie pulmonaire, l'ulcère veineux de la jambe et le suicide ont été moins souvent identifiés. Le taux de fréquence globale pour tous les EI était de 13 % en 2008 et en 2009. Le taux exprimé en termes de clients par millier de jours-client était de 0,858 en 2008 et de 0,892 en 2009.

MESSAGE PRINCIPAL

- Le taux d'incidence annuel des clients ayant subi un événement indésirable, tel qu'établi par l'analyse des bases de données secondaires, était de 13 %.
- Les chutes ayant provoqué des blessures, les blessures d'autre origine que les chutes, les incidents médicamenteux et les infections sont les événements indésirables les plus fréquents.

Tableau 1
Taux d'incidence des événements indésirables identifiés dans SNISA/BDCP/SIOSM chez les clients ontariens des soins à domicile en 2008 et 2009

ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES		% (n*)		Clients par 1000 jours-client	
		2008 (N**=380,962)	2009 (N =387,885)	2008	2009
1	Chute ayant causé une blessure	4.93(18,784)	5.05 (19,603)	0.333	0.339
2	Blessure autre que par chute	4.14 (15,758)	4.30 (16,666)	0.279	0.288
3	Séjour à l'urgence ou à l'hôpital relié aux médicaments	2.96 (4,802)	3.13 (5,515)	0.200	0.210
4	Sepsie / bactériémie	1.26 (4,802)	1.42 (5,515)	0.085	0.095
5	Délirium	0.94 (3,577)	1.05 (4,085)	0.063	0.071
6	Thrombose veineuse profonde	0.74 (2,811)	0.84 (3,249)	0.050	0.056
7	Ulcère du pied diabétique	0.40 (1,513)	0.39 (1,502)	0.027	0.026
8	Plaie de pression (stade 2+)	0.12 (437)	0.12 (471)	0.019	0.020
9	Embolie pulmonaire	0.28 (1,049)	0.29 (1,144)	0.008	0.008
10	Ulcère veineux de la jambe	0.05 (203)	0.06 (241)	0.004	0.004
11	Suicide+	--	0.13 (503)	--	0.009
12	Autres‡	0.43 (1,654)	0.45 (1,763)	0.029	0.030
Total§		12.72 (48,461)	13.31 (51,631)	0.858	0.892

*n=Nombre de clients des SD ayant subi un EI, c'est-à-dire le numérateur du taux d'incidence

**N= Nombre de clients des SD à risque de subir un EI, c'est-à-dire le dénominateur du taux d'incidence

+Seul le taux de 2009 est disponible, en raison du très faible nombre de cas pour 2008.

‡ Les autres EI incluent l'infection de blessures, les infections reliées aux appareils médicaux, les nouvelles plaies de pression sous le stade 2+, les nouveaux ulcères stables ou s'aggravant et les nouvelles blessures.

Le Tableau 2 se rapporte aux populations à risque d'EI spécifiques. Par exemple, seuls les clients dotés d'un sondage urinaire sont considérés à risque d'infection urinaire reliée à l'usage d'un cathéter, et seuls les clients qui ont subi une intervention chirurgicale sont considérés à risque d'infection du site chirurgical. Chacun de ces incidents, en plus des incidents médicamenteux, représente également ou sous-ensemble d'événements qui sont associés de près à des interventions médicales précises. Notons ici que les infections urinaires reliées à l'usage d'un cathéter ont été les EI les plus fréquemment notés dans ce contexte.

Tableau 2
Taux d'incidence des événements indésirables identifiés dans SNISA/BDCP/ SIOSM pour certains sous-groupes de clients ontariens des soins à domicile en 2008 et 2009

ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DANS LES SOUS-GROUPES À RISQUE		% (n*/ N**)	clients per 1000 jours-client
		2008 2009	2008 2009
1	Infection des plaies chirurgicales (Infection des plaies chirurgicales trouvée lors d'une visite à l'hôpital ou à l'urgence dans les 30 jours suivant un congé de l'hôpital après une chirurgie ouverte où aucune infection n'a été notée)	2.62 (1,286/49,086) 2.81 (1,374/48,831)	0.887 0.954
2	Pneumonie acquise sous ventilation (Pneumonie notée lors d'une visite à l'hôpital ou à l'urgence <i>dans les 30 jours suivant une évaluation RAI-HC</i> d'un client sous ventilation, mais ne présentant pas de pneumonie lors de l'évaluation)	1.68 (9/537) 2.72 (15/552)	0.562 0.921
3	Infections urinaires reliées au cathéter récemment détectées (infection urinaire notée lors d'une visite à l'hôpital ou à l'urgence <i>dans les 30 jours après l'évaluation RAI-HC</i> d'un client muni d'une sonde urinaire, mais sans infection urinaire lors de l'évaluation)	8.22 (261/3,174) 8.11 (243/2,997)	2.866 2.819
4	Infection d'une voie intraveineuse périphérique (Bactériémie ou infection localisée de la peau notée lors d'une visite à l'hôpital ou à l'urgence <i>dans les 60 jours après l'évaluation RAI-HC</i> d'un client ayant subi une perfusion intraveineuse périphérique lors de l'évaluation)	3.17 (45/1,421) 2.76 (41/1,483)	0.547 0.475
5	Infection d'une voie intraveineuse centrale (Bactériémie ou infection localisée de la peau notée lors d'une visite à l'hôpital ou à l'urgence dans les 60 jours après l'évaluation RAI-HC d'un client ayant subi une perfusion intraveineuse centrale lors de l'évaluation)	2.79 (59/2,118) 3.95 (93/2,352)	0.476 0.679

* n = Nombre de clients des SD ayant subi un EI, c'est-à-dire le numérateur du taux d'incidence

** N = Nombre de clients des SD à risque de subir un EI, soit le dénominateur du taux d'incidence

On a procédé à la comparaison des taux d'incidence des EI d'une région à l'autre du pays là où des données comparables étaient disponibles. La BDCP était disponible en Colombie-Britannique, pour la région sanitaire de Winnipeg et pour l'Ontario, mais pas pour la Nouvelle-Écosse. Les données des RAI-HC étaient disponibles dans la région sanitaire de Winnipeg, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, mais pas en Colombie-Britannique.

Les chutes ayant provoqué une blessure, les blessures non reliées aux chutes et les incidents médicamenteux étaient les EI débouchant le plus souvent sur une hospitalisation. Le taux d'ensemble normalisé d'EI des populations des SD était de 7,71 % et de 8,72 % respectivement en 2008 et 2009; dans la région sanitaire de Winnipeg et en Colombie-Britannique, il était de 7,63 % et de 8,85 %. Ces taux sont semblables, mais légèrement supérieurs au taux d'incidence des EI en Ontario, qui était de 6,04 % en 2008 et de 6,14 % en 2009. La cohorte des clients des SD était bien plus grande en Ontario (387 885 individus) que dans les deux autres régions : 22 804 individus dans la région sanitaire de Winnipeg et 27 463 en Colombie-Britannique.

Les taux non rajustés et normalisés en fonction de l'âge et du sexe ont également été déterminés à partir des évaluations RAI pour la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la région sanitaire de Winnipeg. La détresse des nouveaux aidants était l'EI le plus courant, avec une fréquence variant entre 6 % chez les clients ontariens des SD et 11% chez les clients de la Nouvelle-Écosse. Le taux d'incidence global, tel qu'évalué à partir des données RAI des SD, était très semblable en Ontario, dans la région sanitaire de Winnipeg et en Nouvelle-Écosse (à peu près 4 % dans toutes les régions).

On a également déterminé les taux d'incidence d'EI identifiés dans SNISA/BDCP/SIOSM/RAI pour les cohortes souffrant de maladies chroniques. Ce rapport en résumé brièvement les résultats. Tous les genres d'événements indésirables étaient plus fréquents chez les sous-populations souffrant de maladies chroniques que dans la population des SD en général. En particulier, les blessures reliées aux chutes ont atteint leur sommet dans les cohortes souffrant de démence (12 % en 2009) et d'ICC (9 % en 2009) comparé à la population générale des SD en Ontario (5 % en 2009). Les incidents médicamenteux étaient plus fréquents dans les cohortes souffrant de diabète (4,86 %), d'ICC (6,47 %) et de MPOC (5,34 %) que dans la population ontarienne des SD (3,13 %) en 2009. La détresse chez les aidants était à son niveau le plus élevé dans la cohorte souffrant de démence (13,86 %), suivie de la cohorte souffrant d'ICC (7,38 %) et était à son plus bas dans la cohorte souffrant de MPOC (6,82 %).

MESSAGE PRINCIPAL

- Le taux d'incidence global des clients ayant connu des EI, tel qu'établi à partir des données des dossiers médicaux, était de 4,2 %.
- 56 % de ces EI sont considérés comme évitables.
- Le taux d'incidence annuel est estimé à 10 %.

Des 1 200 dossiers médicaux examinés par les infirmières formées à cet effet, 518 (43,2 %) répondaient positivement à un minimum d'un des critères de sélection (voir le Tableau 3). Des 518 dossiers révisés par des médecins, 417 décrivaient un total de 715 blessures. Dans 409 (98 %) de ces dossiers, les blessures ont provoqué une incapacité, un décès ou un recours accru aux ressources du système de santé. Les médecins ont repéré 93 EI dans les dossiers de

81 clients. La plupart de ces clients (71 sur 81) n'ont subi qu'un seul EI; neuf en ont subi deux et un client en a subi quatre. Après pondération de la stratégie d'échantillonnage, le taux global d'EI a été fixé à 4,2 % (IC 95 % = [3,0 % - 5,4 %]). Les médecins ont jugé que 56 % (n=52) de ces EI étaient inutiles. En tenant compte de la durée des soins, le taux d'incidence des EI par client-année était de 10,1 % (IC 95 % = [8,4 % - 11,8 %]).

Tableau 3
Critères de sélection à l'étape 1 de l'examen

CRITÈRE		Dossiers répondant au critère		Dossiers avec incident préjudiciable répondant au critère		
		N	%A	N	%B	
1	Admission non planifiée aux soins à domicile (y compris les réadmissions) dans les six mois suivant le congé de l'admission de référence :	57	4.8%	13	16.0%	**
2	Demande d'admission aux soins à domicile (refusée ou mise en attente) dans les six mois suivant le congé de l'admission de référence :	3	0.3%	0	0.0%	
3	Des risques environnementaux réels ou potentiels ont été identifiés :	108	9.0%	12	14.8%	
4	Des risques réels ou potentiels liés au comportement du client ont été identifiés :	115	9.6%	19	23.5%	**
5	Évaluation inappropriée/inexacte du client par le prestataire de soins à domicile :	11	0.9%	0	0.0%	
6	Un nouveau problème/diagnostic s'est ajouté pendant l'admission de référence :	243	20.3%	38	46.9%	**
7	Blessure, préjudice, traumatisme ou complication pendant l'admission aux soins à domicile :	182	15.2%	34	42.0%	**
8	Évaluation et traitement non planifié effectué par le prestataire de soins lors de l'admission de référence :	67	5.6%	17	21.0%	**
9	Visite non planifiée au service d'urgence de l'hôpital durant l'admission de référence :	279	23.3%	49	60.5%	**
10	Visite non planifiée aux soins intensifs de l'hôpital durant l'admission de référence :	242	20.2%	31	38.3%	**
11	Admission/demande d'admission non planifiée dans un centre de soins de longue durée :	45	3.8%	3	3.7%	
12	Un médicament un provoqué un effet indésirable durant l'admission de référence :	7	0.6%	4	4.9%	**
13	A développé une infection ou une sepsie :	115	9.6%	32	39.5%	**
14	Apparition d'un déficit neurologique absent à l'admission, mais présent lors du congé de la période de soins à domicile de référence :	8	0.7%	2	2.5%	*
15	Problème d'ordre émotif ou psychosocial chez le patient ou l'aidant bénévole :	44	3.7%	9	11.1%	**
16	Décès inattendu :	37	3.1%	2	2.5%	
17	Autres complications pour le client : IDM, AVC, EP, TVPS, etc.	101	8.4%	12	14.8%	*
18	La famille ou l'aidant bénévole n'ont pas la disponibilité prévue pour aider le client :	17	1.4%	4	4.9%	**

19	Insatisfaction envers les soins inscrite dans le dossier du client, ou traces d'une plainte :	17	1.4%	1	1.2%	
20	Incident préjudiciable rapporté par un aidant :	50	4.2%	8	9.9%	**
21	Documentation ou correspondance faisant état de recours légaux, réels ou envisagés :	1	0.1%	0	0.0%	
22	Plan de congé inapproprié/inadéquat pour l'admission de référence :	2	0.2%	0	0.0%	
23	Hospitalisation non planifiée dans les six mois suivant le congé de l'admission de référence :	21	1.8%	4	4.9%	**
24	Tout autre résultat indésirable non répertorié ci-dessus :	7	0.6%	0	0.0%	
Nombre moyen de critères par dossier :		3.40		3.63		

* < 0,05; ** < 0,01

§ IDM : Infarctus du myocarde; AVC : Accident vasculaire cérébral; EP : Embolie pulmonaire; TVP : Thrombose veineuse profonde.

A. Parmi les 1 200 dossiers examinés en profondeur; B. Parmi les 81 dossiers contenant des EI.

Le Tableau 4 présente les genres d'EI qui ont été identifiés à travers l'examen des dossiers. Il montre que l'EI le plus fréquent était la chute provoquant des blessures (17,2 %, n=16), mais que les médicaments étaient un facteur contribuant à 21,5 % de tous les EI, y compris les chutes. Les infections de plaies (14 %, n=13) et les problèmes psychosociaux, comportementaux ou de santé mentale (11,8 %, n=11) étaient également fréquents.

Tableau 4
Genres d'événements indésirables (blessures) identifiés à travers l'examen des dossiers médicaux

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE	N	%
Blessure provoquée par une chute	16	17.2
Infection d'une plaie	13	14.0
Problème psychosocial, comportemental ou de santé mentale	11	11.8
Incident médicamenteux (réaction indésirable)†	6	6.5
Plaie de pression	6	6.5
Autre problème relié à une plaie	4	4.3
Infection non reliée à une plaie	4	4.3
Syncope ou convulsions	4	4.3
Cicatrisation retardée des plaies	3	3.2
Souffle court	3	3.2
Déchirure ou lacération de la peau	3	3.2
Hypo/Hyperglycémie	3	3.2
Problèmes gastro-intestinaux	3	3.2
Problème lié au site de perfusion	3	3.2
Fracture	2	2.2
Saignements – mineurs	2	2.2
Autre	7	7.5
TOTAL	93	100

† En plus des six cas de problèmes médicamenteux qui découlent de réactions directes aux médicaments, il y a 14 cas parmi les autres blessures énumérées où les médicaments étaient en cause, dont quatre chutes ayant provoqué des blessures, pour un total de 20 (21,5 %) des dossiers positifs du point de vue des EI.

CONSÉQUENCES DES EI

Deux conséquences directes des EI identifiés à travers les bases de données secondaires ont été examinées : les admissions dans les centres de SLD et les décès de clients. Lorsque nous avons évalué l'impact d'un EI sur les admissions dans les centres de SLD, nous avons tenu compte des caractéristiques du client comme l'âge, le sexe, l'existence d'un diagnostic de démence ou de pneumonie et la priorité de placement en SLD à l'aide de la note MAPLe. La note MAPLe (*Method for Assigning Priority Levels*, Méthode d'assignation des niveaux de priorité) est un algorithme de placement en centre de SLD qui repose sur des données tirées du RAI-HC. [12]. Nous avons déterminé qu'une chute ayant provoqué des blessures était associée à des chances plus élevées de placements en centre de SLD (OR =1,31, IC=1,15, 1,49) alors que la sepsie était au contraire associée à des chances de placement plus faibles (OR=0.43, IC=0,26, 0,72). Plusieurs EI sont pour leur part associés à des risques accrus de décès; en particulier les chutes ayant provoqué des blessures (OR=1,27, IC=1,15, 1,41), les incidents médicamenteux (OR=1,29, IC=1,07, 1,55), la sepsie (OR=4,31, IC=3,70, 5,02) et le délirium (OR=1,95, IC=1,60, 2,37).

Nous avons découvert que 91 % (n=85) des EI identifiés lors de l'examen des dossiers médicaux avaient eu pour conséquence une utilisation accrue des ressources du réseau de la santé, 68,8 % (n=64) avec l'incapacité du client et 7,5 % (n=7) avec la mort. Chaque EI peut avoir plus d'un résultat. Les médecins qui ont effectué l'étude ont conclu que 39,8 % des EI étaient provoqués par le personnel ou le système de santé, 10,8 % par des aidants bénévoles et 35,5 % par les clients eux-mêmes. Deux de ces trois catégories d'individus étaient impliquées dans 14 % (n=13) des EI.

Plusieurs facteurs de risque augmentaient de manière considérable les chances de subir un EI tel que décrit dans les bases de données secondaires. Ceux présentant la plus forte association avec un EI étaient : maladie instable, telle que mesurée par la note CHESS, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, maladie de Parkinson, insuffisance rénale et polypharmacie. Chacun était associé à une hausse des risques d'environ 20 %. Une augmentation du nombre de jours en SD était associée à une hausse des risques d'environ 30 %. Une augmentation de l'intensité des soins infirmiers dans les sept jours précédents et un congé de l'hôpital dans les 30 jours précédant une évaluation RAI-HC de base étaient respectivement associés à des hausses de 50 % et 60 % des risques. La note CHESS (Changes in Health, End-Stage Disease, Signs, and Symptoms) est dérivée des notes des sous-échelles de RAI-HC et va de 0 (pas d'instabilité de la santé) à 5 (très grande instabilité de la santé) [13].

Dans l'étude portant sur les dossiers médicaux, le risque de subir un EI s'est avéré être 15 % plus élevé pour chaque condition comorbide supplémentaire du client et il augmentait de 54 % avec chaque hausse de 4 points de la note AVQ (c'est-à-dire, avec chaque hausse de la dépendance).

MESSAGE PRINCIPAL

Les clients présentant des conditions comorbides, dépendantes pour les AIVQ et les AVQ, souffrant d'une maladie non stabilisée, d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de la maladie de Parkinson et d'insuffisance rénale, ou en situation de polypharmacie, requérant plus de journées de SD, ayant nécessité plus de soins infirmiers dans les sept derniers jours ou ayant reçu leur congé de l'hôpital dans les 30 derniers jours présentaient tous des risques accrus d'EI.

LE FARDEAU DES PRÉOCCUPATIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ DU CLIENT ET LES RISQUES DU POINT DE VUE DES CLIENTS, DES AIDANTS BÉNÉVOLES, DES MEMBRES DE LA FAMILLE ET DES PRESTATAIRES DE SOINS

Les entrevues menées auprès des clients et des prestataires de soins ont été conçues de manière à identifier les enjeux de sécurité que les clients et les prestataires de soins vivaient sur une base quotidienne et dont on devrait tenir compte lorsque l'on conçoit des interventions destinées à réduire les risques. Plusieurs des problèmes de sécurité relevés sont liés à la conception du système, à la lenteur du processus administratif. À la pénurie de personnel et d'équipement et à de mauvaises communications menant à un manque de continuité et de coordination dans les soins. Six thèmes liés à la sécurité ont été identifiés et décrits ci-dessous.

A. Le défi caché : prodiguer des soins dans des lieux privés

Les logements de la population, qu'il s'agisse d'appartements ou de maisons, sont rarement adaptés à la livraison de soins sécuritaires. Les maisons des malades chroniques sont souvent en mauvais état. Elles constituent des environnements encombrés, sales et mal entretenus. Les trottoirs glacés, les pièces bloquées par des fauteuils roulants et des marchettes, les espaces confinés, laissant peu de place pour l'équipement indispensable aux traitements, sont des problèmes de sécurité courants dans le contexte des SD. La planification et les politiques des SD doivent répondre à ces enjeux de propreté et d'entretien. Il faut établir des normes de sécurité pour protéger les prestataires de soins de dangers comme la neige, la fumée des cigarettes et les animaux de compagnie. La [photo A](#) illustre certains de ces problèmes.



MESSAGE PRINCIPAL

Six thèmes reliés à la sécurité et dont on doit tenir compte ont été identifiés dans les entrevues avec les clients, des aidants bénévoles, des membres de la famille et des prestataires de soins.

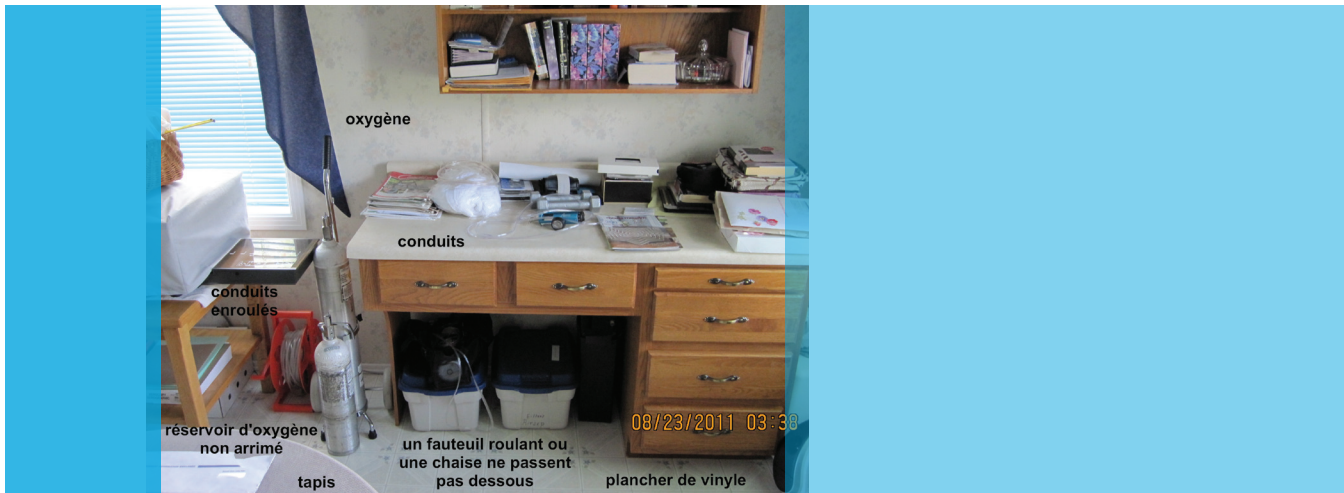
B. Enjeux de conception du système : les barrières inhérentes

Les soins à domicile tendent à former une mosaïque de services offerts par un kaléidoscope de prestataires en éternel changement. Ils présentent donc une série de défis aux gens qui ont besoin de soins: comment entendre parler des programmes disponibles; comment remplir une demande de service; et comment faire face aux délais d'attente pour l'équipement, les thérapeutes et les divers employés de soutien. Le manque de coordination et le roulement du personnel nuisent souvent à la fiabilité du service et les mauvaises communications font en sorte que les travailleurs se sentent isolés et privés de tout appui. Des normes, de la formation structurée et l'agrément des travailleurs des SD sont tous nécessaires pour améliorer la sécurité des clients et des gens qui travaillent fort pour en prendre soin. La [photo B](#) dépeint certains de ces enjeux.



C. Dérive et perte du mandat, rôles changeants du client et de l'aidant

Qu'ils perçoivent leur tâche comme un privilège ou une obligation, les membres de la famille et les amis qui s'occupent d'un individu sérieusement malade rapportent que ce travail est difficile, stressant et épuisant. Face à cette demande accrue sur leur temps, leur énergie et leurs émotions, plusieurs aidants bénévoles doivent réduire leurs heures de travail ou même quitter leur emploi. Ils ont moins de temps pour leurs responsabilités familiales de base et pour les activités qu'ils aiment normalement faire. S'adapter à ce nouveau rôle d'aidant est un véritable défi. Le client des SD se débat souvent avec la perte de sa santé et sa transition de partenaire de vie et de soutien de famille vers un rôle de dépendance. La [photo C](#) illustre ces enjeux.



D. Le rationnement de l'oxygène, le rationnement de la vie

Nous nous sommes attardés à l'une des populations souffrant d'une maladie chronique, les clients atteints de MPOC. La majorité des patients des SD interviewés au Manitoba et au Nouveau-Brunswick étaient des clients souffrant de MPOC à qui l'on avait prescrit une oxygénothérapie. Le programme de SD leur offrait des concentrateurs d'oxygène pleinement financés pour répondre à leurs besoins à la maison. Leur approvisionnement en cylindres d'oxygène portatifs, nécessaires pour quitter la maison, était cependant limité à deux par mois. Cette contrainte faisait en sorte que les clients se sentaient prisonniers de leur maison, ou qu'ils devaient sortir sans l'oxygène dont ils avaient besoin, ce qui peut mener à une déficience en oxygène, à la dyspnée et, dans les cas les plus graves, à la perte de conscience. Il faut fournir plus de cylindres d'oxygène portatifs pour assurer un niveau raisonnable d'indépendance du client. La [photo D](#) illustre cette contrainte.



E. Faire ce qu'il faut pour demeurer à la maison

Les clients et les aidants ont tendance à cacher leurs besoins et même à refuser des soins, de crainte d'avoir à renoncer à leur vie indépendante. Certains demandent moins de services que ce à quoi ils ont droit parce qu'ils ne veulent pas voir d'étrangers dans leur maison. Une communication et une coordination accrues aideraient à atténuer ce sentiment de manque de contrôle que plusieurs clients ressentent en voyant les prestataires venir et disparaître. Plusieurs voient les services de SD comme une preuve qu'ils ne sont plus en mesure de s'occuper d'eux-mêmes plutôt que comme une aide positive. La [photo E](#) illustre cette situation.



F. Le déclin partagé de la santé à la maison

Les aidants sont souvent des conjoints âgés ou des enfants à la retraite. Les exigences physiques et émotionnelles des soins peuvent mener à un sérieux déclin de leur santé. Le stress et l'isolement qui y sont associés peuvent provoquer dépression et anxiété. Un duo formé d'un client en déclin et d'un aidant stressé augmente le fardeau des prestataires rémunérés. Nous avons découvert que le système n'est pas assez flexible pour répondre aux besoins de cette réalité très courante. La [photo F](#) reflète cette préoccupation.



ANALYSE D'INCIDENT

Pour identifier les causes d'EI et déterminer des moyens de réduire leur fréquence et leurs conséquences, nous avons mené une analyse d'incident sur les deux genres les plus fréquents d'EI, à savoir les chutes et les incidents médicamenteux. Quatorze cas de chute et 13 incidents médicamenteux ont été retenus pour analyse.

Quatre faiblesses systémiques d'ensemble se dégagent des analyses de cas :

- 1 Nous avons découvert qu'une planification et une livraison de soins incohérente étaient la cause d'EI la plus fréquente.
- 2 Nous avons observé l'absence d'équipes multidisciplinaires intégrées qui pourraient assurer la continuité des soins et coordonner les interventions à travers tous les secteurs du réseau de la santé.
- 3 Nous avons noté une normalisation insuffisante des procédures de soins, un emballage inadéquat des médicaments, un manque d'accès aux équipements de soins en temps voulu et un bilan inadéquat des médicaments. Ce sont tous des facteurs courants qui accentuent le risque pour les clients, particulièrement ceux qui sont les plus vulnérables en raison de l'âge et de fonctions cognitives limitées.
- 4 Nous avons compris que la capacité des clients et de leurs proches à agir comme des décideurs indépendants, souvent perçue comme une force des SD, contribue en fait au risque et constitue un élément des SD très délicat à gérer.

Les entrevues détaillées ont fourni tout un éventail de faits montrant que les six facteurs contributifs suivants participent aux quatre secteurs de faiblesse systémique :

A. Incohérence de la planification et de la livraison des soins

- La plupart des chutes sont survenues chez des clients qui avaient un passé de chutes bien établi et, dans la plupart des cas, les médicaments étaient un facteur de risque;
- Plusieurs des clients avaient atteint la limite des SD qui leur avaient été attribués et les gestionnaires des dossiers n'avaient pas l'autorité nécessaire pour augmenter cette limite;
- Il existait des ambiguïtés relativement à qui, parmi les prestataires de soins, avait l'autorité voulue pour agir, dans quelles circonstances et quelles étaient les options;
- Dans certains cas, le manque de continuité entre les employés salariés, doublé d'une mauvaise documentation des procédures utilisées à la maison, a contribué à une communication incohérente et imprécise. Les changements fréquents de salariés et le manque de familiarité qui en résulte avec le client ont eu pour conséquence qu'on n'a pas remarqué la détérioration du client. Alors que divers salariés étaient responsables de certains aspects précis des soins au client, personne n'avait une vision d'ensemble. Lorsque cette situation se doublait d'un état du client mal documenté, il était moins probable que celui-ci reçoive l'intervention appropriée, ce qui augmentait les risques de préjudice pour le client.

B. Absence d'équipe des soins intégrée et multidisciplinaire

Le manque de communications fiables aux points de transition, souvent entre les soins de courte durée, les soins à la maison, les prestataires de soins primaires et les pharmaciens, mène à la perte des renseignements nécessaires à une prise en charge cohérente et à une augmentation des chances de causer un préjudice au client. Une situation fréquente est celle d'un client âgé, vivant seul, souffrant de nombreuses comorbidités et prenant de nombreux médicaments correspondants. Le client connaît une urgence urinaire, possiblement reliée à un changement de médication, qui provoque de nombreuses visites à la salle de bains. Une chute survient durant l'une de ces visites aux toilettes; elle provoque une fracture de la hanche. Parce que le prestataire de soins primaires et le pharmacien ont omis d'alerter les fournisseurs de SD des risques potentiels liés à ce changement de médicament, personne n'a mis en place de plan destiné à réduire les risques de préjudice.

C. Manque de normalisation des procédures de soins et de l'emballage des médicaments et de l'équipement :

L'organisation des services de SD souffre d'un manque de procédures d'opérations normalisées pour des fonctions aussi essentielles que l'évaluation des risques de chutes. Bien qu'une évaluation de routine puisse être faite lors de l'admission aux SD, les dossiers étudiés renferment de nombreux exemples où l'évaluation n'a pas été refaite après un changement de statut. Dans d'autres cas, on n'a pas noté de réaction à une évaluation montrant que le client présentait des risques significatifs et qu'on devait modifier son programme de soins ou son équipement.

L'emballage des médicaments et leur mode d'emploi présentent des problèmes particuliers dans le contexte des SD, en raison de l'indépendance et de la confusion que l'on retrouve fréquemment chez les clients des SD. Des emballages et des conditions d'utilisation normalisés contribueraient à réduire le nombre d'incidents médicamenteux.

L'équipement servant aux soins est un autre facteur de risque que l'on pourrait régler au moyen d'une normalisation accrue. Les variations de fabricants, de modèles et de mode d'emploi mènent souvent à de la confusion chez les clients et les aidants, qui débouchent sur des traitements peu efficaces ou nuisibles.

D. Les compromis résultant des décisions prises de manière indépendante par les clients et leur famille :

Le droit du client à son autonomie, à son indépendance et à ses propres choix, même si cela augmente les risques auxquels il s'expose, constitue un facteur fondamental propre à l'environnement des SD. Tous les cas examinés presque sans exception contiennent des renseignements qui laissent croire que si le client avait choisi de réclamer plus d'aide (un logement supervisé, par exemple) sa chute aurait fort bien pu être évitée. Il est toujours difficile d'atteindre un équilibre entre l'autonomie du client et les choix de traitement appropriés, mais c'est une aptitude qui s'apprend et qui est indispensable à la sécurité des soins.

Des indices de faiblesse systématique contribuant aux EI ont également été identifiés dans les cas où les médicaments étaient en cause, dans les contextes suivants :

- Le manque apparent d'autorité sur les normes de prestation des SD semble avoir contribué à un certain nombre d'EI. Un client considéré comme étant incapable de prendre lui-même en charge un cathéter central par voie périphérique n'a pas reçu son transfert des soins de courte durée aux SD, mais une autre équipe de la même région l'a accepté, ce qui a causé une mauvaise gestion du cathéter et une réadmission à l'hôpital.
- Nous avons observé des manques de communication provoqués par des comportements comme la dépendance envers les boîtes vocales pour l'affectation du personnel, une pratique fautive, qui ne ferme par la boucle des communications. Dans un des cas, des renseignements relatifs aux soins ont été relayés par un client souffrant de problèmes de mémoire aux travailleurs de soutien à domicile. Cet échec de communication a, selon toute vraisemblance, contribué à un incident médicamenteux subséquent.
- L'absence de canaux normalisés de communication entre les disciplines et le secteur provoquent un partage incohérent de l'information pertinente relative aux changements de diagnostic, de traitement et de soins requis. Par exemple, un médecin des soins primaires a supposé que la cardiologue s'occupait du médicament antihypertenseur du client et le responsable du dossier a pris pour acquis que l'un des deux médecins assumerait cette responsabilité. En réalité, aucun des deux ne l'a fait. Un dossier unique, consultable par tous les salariés de tous les secteurs, aurait pu éviter le préjudice qui a découlé de la surdose de médicaments.
- Les normes incohérentes d'emballage des médicaments par les pharmacies locales ont contribué à un certain nombre d'EI. Les pharmacies achètent diverses sortes d'emballages de tout un éventail de fournisseurs, souvent dans le but de réduire leurs coûts. Les médicaments peuvent donc être offerts dans une variété d'emballages qui se ressemblent sans être identiques, ce qui augmente le risque d'erreur, en particulier chez les clients souffrant d'une vision réduite ou de problèmes cognitifs. Par exemple, on a donné à un client malvoyant l'équivalent d'un mois de médicaments (au rythme d'un comprimé par jour) en plaquettes pour sept jours, à quatre comprimés par jour. Résultat : le client a pris quatre doses du médicament qu'il ne prenait auparavant qu'une fois par jour.
- Le droit du client des SD à l'autodétermination contribue souvent aux risques de sécurité et aux erreurs de médicaments. Nous avons observé des comportements risqués, comme ces clients qui placent tous leurs médicaments dans un seul flacon pour en faciliter le transport, qui rangent les médicaments de leur conjoint au même endroit que les leurs, ou qui prennent des médicaments en vente libre sans en aviser le personnel soignant.

Un des objectifs finaux du panel d'experts était d'identifier des solutions capables d'atténuer les risques et les facteurs qui y contribuent. Une recommandation globale, qui s'applique à la plupart des thèmes abordés, consiste à assigner un gestionnaire de cas intersectoriel, qui aurait l'autorité voulue pour agir comme le « passeur de ballon » des soins. Le gestionnaire de cas aurait la responsabilité d'assurer la cohérence des soins, de superviser la continuité au niveau du personnel et d'établir des procédures et des politiques assurant une communication fiable et incluant un accès mobile étendu à un gestionnaire de cas 24 heures par jour, sept jours par semaine. Ces « passeurs de ballon » devraient pouvoir certifier que

le personnel retenu pour prodiguer les soins dispose des compétences et de la formation nécessaires à la tâche. Ils seraient également responsables de la liaison entre les disciplines et les secteurs et devraient s'assurer que toute l'information pertinente relativement au client est livrée aux décideurs concernés. De plus, ces « passeurs de ballon » devraient s'assurer d'instaurer un dialogue franc et ouvert entre le client, la famille et les aidants rémunérés, de manière à définir et à clarifier les attentes face aux soins.

MESSAGE PRINCIPAL

Assigner à chaque client un gestionnaire de cas qui dirige une équipe multidisciplinaire et intersectorielle, dont le rôle est clairement défini et qui a l'autorité voulue pour agir à titre de « passeur de ballon ».

Les résultats des travaux du panel d'experts ont été relayés à toutes les équipes provinciales, qui ont défini les stratégies de sécurité suivantes, applicables au niveau local :

- Créer des modèles de financement et de service basés sur les besoins et les décisions du client ;
- Créer des « listes de vérification de transition » propres à chaque client et reliées au plan de soins, de manière à améliorer la compréhension des acteurs de toutes les disciplines et de tous les secteurs (y compris le client) des objectifs poursuivis par les soins, de leurs risques et des attentes du client et de sa famille ; et
- Établir et faire appliquer des exigences physiques relatives à l'accès et à la sécurité environnementale des maisons des clients.

DISCUSSION

L'objectif de l'Étude pancanadienne sur la sécurité des soins à domicile était de fournir un aperçu global de la nature et du fardeau des problèmes de sécurité chez les Canadiens qui reçoivent des services de SD financés par le public. Nous avons estimé que le taux d'incidence des EI pour les clients des SD financés par le public par l'examen des dossiers médicaux était de 4,2% (IC 95 % = [3,0 % - 5,4 %]). Ceci se compare au taux de 5 % rapporté dans une étude antérieure sur les SD [3]. Le taux d'incidence annuel estimé à partir de l'étude des dossiers médicaux était de 10,1 % (IC 95 % = [8,4 % - 11,8 %]). L'analyse des données administratives a permis d'ajouter aux résultats obtenus par étude des dossiers en utilisant des sources de données variées, en suivant les clients sur une plus longue période et en identifiant des EI qui ont mené à des visites à l'urgence ou à des hospitalisations. En utilisant cette méthode, le taux d'incidence annuel des EI s'établit à 13 %, ce qui est comparable aux résultats rapportés par deux autres études [2,7].

Les variations entre l'analyse des dossiers médicaux et l'analyse administrative peuvent s'expliquer en partie par les différences entre les populations étudiées; par la décision d'inclure différents EI dans les calculs servant à déterminer le taux d'ensemble; par les divers critères de sensibilité et de spécificité utilisés pour inclure ou exclure les cas d'EI; par des facteurs propres à chaque territoire, comme le mode de prestation (coordination interdisciplinaire, par exemple) et par les procédures elles-mêmes (comme les différences

dans la documentation ou dans les interventions cliniques) [4], ainsi que par des différences dans le temps. Bien qu'il existe une différence entre les taux d'EI déterminés par ces deux différentes méthodes, les résultats constituent une mesure utile de la nature et de l'importance des préoccupations relatives à la sécurité dans les SD.

Les chutes, les incidents médicamenteux, les infections, les problèmes de santé mentale et le délirium ont été les principaux genres d'EI analysés dans le cadre de cette étude. Près de 5 % des clients ontariens des SD ont subi des chutes qui ont causé des blessures nécessitant une visite à l'urgence ou une hospitalisation. Ce taux d'incidence est à la limite inférieure des taux souvent rapportés selon lesquels de 5 à 25 % des chutes causent des blessures [14]. Les facteurs ou les facteurs contributifs sont bien connus [14,15]. Près de 1,3 million de Canadiens de 65 ans et plus tombent chaque année, soit un sur trois [14]. Les chutes imprévues représentent 84 % de toutes les blessures nécessitant une hospitalisation chez les clients des SD [16] et de 23,7 % à 36,8 % de ces chutes provoquent le décès [17]. Leur coût pour le système de santé s'élève à 2,9 milliards \$ [18]. Des politiques et des stratégies efficaces de prévention des chutes devraient être l'une des priorités de la planification des SD.

L'incidence des incidents médicamenteux identifiés à travers les visites à l'urgence et à l'hôpital s'élevait à 3 %. Ce taux est remarquablement plus bas que le taux de 12 % rapporté dans une étude prospective des visites reliées aux médicaments dans les services d'urgence [19] et que le taux de 4,7 % relevé dans une autre étude [20]. Dans les sous-groupes de clients souffrant de diabète, d'ICC et de MPOC, le taux d'incidence des incidents médicamenteux est notablement plus élevé que dans la population en général et la plupart des incidents peuvent être caractérisés comme des réactions indésirables aux médicaments à des doses thérapeutiques. L'analyse des incidents a identifié l'erreur de médication comme le plus important facteur contribuant aux chutes. Aux États-Unis, près des deux tiers des hospitalisations sont causés par des surdoses accidentelles de médicaments [20]. Zed et coll. soutiennent que jusqu'à 68 % des incidents médicamenteux pourraient être évités [20].

Les infections reliées à la mise en place d'un nouveau cathéter constituent un EI relativement fréquent, qui survient chez près de 8 % des clients des SD munis d'une sonde urinaire. Le taux de prévalence des infections urinaires associées à un cathéter dans les soins primaires et les soins communautaires est estimé à de 8 à 10 % dans une étude [21] et à 21 % dans une autre [22]. Notre taux d'incidence est cohérent avec les résultats de ces études. Le taux moyen d'infection urinaire symptomatique chez les patients munis d'une sonde urinaire dans quatre agences américaines de soins à domicile était de 4,5 par 1 000 jours-patients [23] et de 2,8 par 1 000 jours-patients dans une autre étude américaine [24]. Le taux par 1 000 jours en SD était de 2,2 dans notre étude, ce qui concorde avec les résultats de ces études antérieures.

L'incidence de détresse chez les nouveaux aidants était d'à peu près 6 %, ce qui est cohérent avec les 6 % rapportés par l'ICIS [25]. Les entrevues avec ceux qui reçoivent ou qui prodiguent des soins ont permis d'observer un déclin partagé de la santé des clients et des aidants bénévoles à la maison. Plus les clients des SD et leurs aidants naturels font tout ce qui est leur pouvoir pour garder le client à la maison, plus ces

problèmes deviennent une source de stress pour les deux individus. Si on ne répond pas adéquatement aux besoins des aidants, les clients risquent la réadmission en soins de courte ou de longue durée [26], ce qui coûte plus cher. On a estimé en 2009 qu'il en coûterait de 25 à 26 milliards \$ pour remplacer les aidants bénévoles par des salariés [27].

Les médecins ont estimé que plus de la moitié des EI étaient inutiles. Ceci est comparable aux résultats de 37 % et de 51 % que l'on rapporte respectivement dans les hôpitaux canadiens [1] et dans les hôpitaux des autres pays [28-30].

Les premiers 30 à 60 jours suivant l'admission aux SD constituent une période de transition où l'on passe des soins hospitaliers aigus aux soins de longue durée. L'ICIS rapporte qu'environ 8,5 % des clients des soins de courte durée ont été réadmis dans les 30 jours suivant leur congé [31]. Notre étude confirme que les 30 premiers jours suivant le congé de l'hôpital sont une période à fort risque pour les clients des SD. Plusieurs des facteurs de risques que nous avons identifiés ont également été observés dans d'autres études, notamment en ce qui concerne la polypharmacie, le déclin des activités de la vie quotidienne, l'accroissement des comorbidités, l'instabilité de la maladie et la maladie de Parkinson [2, 32, 33]. Plusieurs des EI pourraient être évités et beaucoup de ressources du réseau de la santé pourraient être conservées si les clients à haut risque étaient identifiés et gérés en conséquence. Les suggestions de politiques trouvées dans une compilation de la littérature parlent du besoin de mieux évaluer le client, d'un meilleur suivi, de meilleures stratégies de formation et d'une coordination et du d'une communication améliorée entre les partenaires qui s'occupent de fournir les soins [34]. Nous avons observé des enjeux comparables, comme l'absence d'équipes intégrées et multidisciplinaires de soins de santé et l'absence de procédures de communication aux points de jonction entre l'hôpital et les prestataires de SD, qui a souvent pour conséquence la perte d'informations indispensables à une prise en charge cohérente des soins. Nous avons trouvé des situations où les soins étaient planifiés et livrés de manière incohérente en raison de l'ambiguïté entourant la responsabilité et la capacité d'agir des travailleurs de la santé. Nous avons également observé qu'en raison de la nature épisodique des SD et de la participation de nombreux prestataires, le système échouait souvent à détecter les signes avant-coureurs d'une détérioration du client.

FORCES ET LIMITES

La première qualité de notre étude repose sur son approche multidimensionnelle, utilisée pour donner un aperçu complet de la nature et du fardeau des problèmes de sécurité chez les Canadiens qui reçoivent des services de SD financés par le public. Notre équipe a réussi à intégrer une vaste gamme de données, nous avons mené une analyse en profondeur de la littérature, nous nous sommes livrés à une analyse en profondeur des données, nous avons mené des entrevues afin d'obtenir le point de vue de tous les intéressés et nous avons parlé avec les médecins. Nous avons affronté un certain nombre de défis méthodologiques en cours de route. Nous avons dû nous concentrer à certains titres sur l'Ontario, parce qu'il s'agissait de la seule province pour laquelle nous disposions de données administratives suffisantes pour calculer un taux d'incidence global à partir de sources secondaires. Nous avons dû affronter certaines incohérences dans les données secondaires (par exemple, des erreurs de médication qui ont mené au service d'urgence qui ne sont ni reconnues ni rapportées) [20]. Nous avons aussi déterminé que les rapports d'incidents ne sont pas spécialement utiles lorsque vient le temps d'identifier les EI, parce que nous avons découvert que seulement 17,3 % des 81 dossiers médicaux où nous avons identifié des EI en comportaient des traces écrites d'un tel EI, tandis que 4,8 des dossiers sans aucun EI en comportaient.

CONCLUSIONS

Nos résultats démontrent que 4,2 % des patients des soins à domicile ont vécu un EI dans le laps de temps limité qu'a duré cette étude. Le taux d'incidence annuel des EI était de 10,1 % selon l'étude des dossiers médicaux et de 13 % en se basant sur les bases de données secondaires en santé; ces taux se comparent à ceux identifiés dans le cadre de deux autres études sur les soins à domicile [2, 7]. L'analyse des incidents a permis d'identifier d'importants facteurs contribuant aux chutes et aux incidents médicamenteux, en particulier l'incohérence des procédures, l'absence de normalisation et le manque de communication. Les entrevues avec les clients, les aidants et les prestataires de soins rémunérés ont permis d'identifier six thématiques en sécurité et de formuler d'importantes recommandations susceptibles d'améliorer la sécurité des clients des SD.

RECOMMANDATIONS

Cette étude permet de formuler plusieurs recommandations :

- Un gestionnaire de cas intersectoriel devrait être assigné à chaque client et son rôle devrait être clairement articulé et normalisé. Le gestionnaire de cas doit disposer de l'autorité nécessaire pour agir comme le « passeur de ballon » de la prestation de soins. Ceci devrait permettre d'assurer des prestations cohérentes, des canaux de communication fiables, un accès mobile à un gestionnaire de cas 24 heures par jour, 7 jours par semaine, une liaison interdisciplinaire et intersectorielle et l'atteinte des attentes formulées de manière coordonnée par les clients, les familles et les aidants.
- Les aidants et les familles devraient recevoir de l'aide pour remplir leur rôle de soignants. Cette aide devrait comporter un entraînement et de la formation continue, de manière à les tenir à jour en ce qui concerne le nouvel équipement et les nouvelles thérapies, ainsi qu'une aide psychosociale et une évaluation de leurs besoins fréquemment remise à jour.
- Il faut créer des équipes de soins intégrées et multidisciplinaires, où les clients et les aidants constitueraient une partie intégrante de l'équipe.
- Il faut explorer les possibilités de collaboration entre les soins à domicile et les soins institutionnels, ainsi que les incitatifs à le faire, parce que les problèmes du système de SD sont peut-être des indices de problèmes dans d'autres composantes du système de santé.
- Reconnaître que la normalisation dans les soins à domicile est une stratégie de réduction du risque, tout comme dans les soins de courte durée, en particulier dans les domaines de l'emballage des médicaments, tout comme dans le choix, l'utilisation et l'entretien des équipements médicaux.
- Créer un dossier médical électronique unique, facile d'accès pour tous les prestataires de soins, de manière à normaliser les communications et les plans de soins d'une discipline et d'un secteur à l'autre, et y incorporer des « listes de vérification de transition » propres à chaque client, ainsi que des plateformes électroniques dotées d'outils d'aide à la décision.
- Encourager le recours à l'évaluation RAI-HC pour identifier les clients à risque (signes de déclin, par exemple) et pour fournir une base à une surveillance et à une évaluation continues des résultats.
- Créer et piloter un ensemble national d'EI à déclaration obligatoire, doté de définitions, de formulaires et de processus de collectes communs ainsi que d'un ensemble de données normalisées, dont l'utilité serait immense pour l'étalonnage des progrès, pour la mesure des résultats et pour la planification plus efficace d'interventions visant à améliorer la qualité.
- Lever dans toutes les provinces les contraintes sur l'approvisionnement et sur l'accès touchant l'équipement d'oxygénothérapie transportable.
- Mettre en place des politiques et des procédures pour gérer les médicaments de manière sécuritaire dans le contexte des SD.
- Développer des compétences normalisées pour employés de soutien à domicile.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS :

- 1 Organismes :
 - a) Offrir de la formation, un appui soutenu, des conseils et des bilans de santé aux aidants bénévoles;
 - b) Mettre en place des politiques et des procédures permettant de gérer les médicaments de manière plus sécuritaire dans un contexte de SD; et
 - c) Affecter à chaque client des SD un directeur intersectoriel disposant de l'autorité et de la responsabilité voulues pour planifier et assurer la livraison de soins de qualité et de sécurité constante.
- 2 Décideurs :
 - a) Développer des compétences normalisées pour les employés de soutien à domicile.
 - b) Explorer la possibilité d'établir une meilleure collaboration entre les SD et les soins institutionnels;
 - c) Réunir des équipes interdisciplinaires intégrées, réunissant les clients et ceux qui en prennent soin, afin d'assurer la continuité des soins d'un secteur de la santé à l'autre, en portant une attention particulière aux patients qui ont récemment reçu leur congé de l'hôpital et qui relèvent désormais des soins à domicile;
 - d) Mettre en place un dossier médical informatisé unique, que chaque soignant dans chaque secteur pourrait consulter, ce qui permettrait de normaliser les communications d'une discipline à l'autre et d'un secteur à l'autre et d'augmenter le recours aux rapports électroniques et autres outils de communication;
 - e) Lever les restrictions sur l'approvisionnement en réservoirs d'oxygène portatifs pour les clients souffrant de MPOC; et
 - f) Normaliser l'équipement et l'emballage des médicaments.
- 3 Chercheurs :
 - a) Établir et normaliser des politiques relatives à la procédure et au moment propice pour l'évaluation du risque et inciter à utiliser les outils déjà disponibles au Canada, comme le Resident Assessment Instrument (RAI) et ses protocoles d'évaluation cliniques, pour estimer et contribuer à réduire le risque que survienne un incident préjudiciable; et
 - b) Établir et diffuser une liste nationale d'EI à déclaration obligatoire ayant recours à des définitions, des formulaires et des procédures communes.

RÉFÉRENCES

- 1 Baker GR, Norton PG, Flintoff V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R: The Canadian Adverse Events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004, 170(1):1678-86.
- 2 Sears NA, Baker GR, Barnsley J, Short S: The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care* 2013, 1: 1-13.
- 3 Johnson KG: Adverse events among Winnipeg home care clients. *Healthc Q* 2006, 9: 127-34.
- 4 Canadian Home Care Association: *Portraits of Home Care 2013*. <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?sec=5> (consulté le 15 mai 2013).
- 5 Canadian Home Care Association: *CHCA on the issues*. Toronto, ON, Canada: Canadian Home Care Association. <http://www.cdnhomecare.ca/content.php?sec=5> (consulté le 13 décembre 2012).
- 6 Brega A, Jordan A, Schlenker R: Practice variations in home health care. *Home Health Care Serv Q* 2003, 22(3): 41-64.
- 7 Madigan EA: A description of adverse events in home healthcare. *Home Healthc Nurse* 2007, 25(3): 191-7.
- 8 Doran DM, Hirdes J, Rgis B, Baker GR, Pickard J, Jantzi M: The nature and burden of patient safety problems among Canadian home care clients: Evidence from the RAI-HC measurement system. *The Journal of Nursing Management* 2009, 17:165-174.
- 9 World Health Organization: *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1 Technical Report January 2009*. http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf (consulté le 7 janvier 2010).
- 10 Canadian Patient Safety Institute. *The Canadian Patient Safety Dictionary*. Edmonton, Canada, 2003.
- 11 Harrison MB, Keeping-Burke L, Godfrey CM. *Safety at Home: A Pan-Canadian Home Care Safety Study Literature Synthesis Summary*. Rapport présenté à l'Institut canadien pour la sécurité des patients, avril 2011.

- 12 Hirdes JP, Poss JW, Curtin-Telegdi N: The methods for assigning priority levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine* 2008, 6:9.
- 13 Hirdes JP, Frijters D, Teare G: The MDS CHES Scale: A new measure to predict mortality in the institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003, 51(1):96-100.
- 14 Scott V, Wagar L, Elliott S: A report for the Public Health Agency of Canada Division of Aging and Seniors: Falls & related injuries among older Canadians: Public Health Agency of Canada. 2010. (consulté le 2 novembre 2012).
- 15 Health Canada: Healthy Aging: *Prevention of Unintentional Injuries Among Seniors*. Ottawa, ON, Canada: Health Canada 2012.
- 16 Canadian Institute of Health Information: *National Trauma Registry 2006 Injury Hospitalizations Highlights Report*. Canadian Institute for Health Information.
- 17 Stevens J, Ryan G, Kresnow M: Fatalities and injuries from falls among older adults – United States, 1993-2003 and 2001-2005. *MMWR* 2006, 55(45): 1221-4. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC491;2009>. (consulté le 17 décembre 2012).
- 18 SMARTRISK: *The Economic Burden of Unintentional Injury in Canada*. <http://www.smartrisk.ca/index.php/burden>. 2009 (consulté le 2 novembre 2012).
- 19 Zed PJ, Abu-Laban RB, Balen RM, Loewen PS, Hohl CM, Brubacher JR, Wilbur K, Wiens MO, Samoy LJ, Lacaria K *et al*: Incidence, severity and preventability of medication-related visits to the emergency department: a prospective study. *CMAJ* 2008, 178(12):1563-1569.
- 20 Hohl CM, Zed PJ, Brubacher JR, Abu-Laban RB, Loewen PS, Pursell RA: Do emergency physicians attribute drug-related emergency department visits to medication-related problems? *Annals of Emergency Medicine* 2010, 55(6):493-502.
- 21 Getliffe K, Newton T: Catheter-associated urinary tract infection in primary and community health care. *Age and Ageing* 2006, 35:477-481.
- 22 Landi F, Cesari M, Onder G, Zamboni V, Barillaro C, Lattanzio F, Bernabei R: Indwelling urethral catheter and mortality in frail elderly women living in community. *Neurourology & Urodynamics* 2004, 23:697-701.
- 23 Rosenheimer L, Embry F, Sanford J, Silver S: Infection surveillance in home care: Device-related incidence rates. *American Journal of Infection Control* 1998, 26(3): 359-363.

- 24 Luehm D, Fauerbach L: Task force studies infection rates, surgical site management, and Foley catheter infections. *Caring* 1999, 18(11):30-34.
- 25 Canadian Institute for Health Information. Development of National Indicators and Reports for Home Care. Final Project Report, Phase 2. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2004.
- 26 Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *British Medical Bulletin* 2010, 95: 33-46.
- 27 Hollander MJ, Liu G, Chappell NL. Who cares and how much? The imputed economic contribution to the Canadian healthcare system of middle-aged and older unpaid caregivers providing care to the elderly. *Healthcare Quarterly* 2009, 12(2): 42-29.
- 28 Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Schug S, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey. Occasional Paper No.
- 29 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001, 322(7285): 517-9.
- 30 Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical journal of Australia* 1995, 163(9):458-71.
- 31 Canadian Institute for Health Information. All-cause readmission to acute care and return to the emergency department. Canadian Institute for Health Information. <http://kinwahlin.wordpress.com/2012/06/18/all-cause-readmission-to-acute-care-and-return-to-the-emergency-department-canadian-institute-for-health-information-14-june-2012/>
- 32 Doran DM, Hirdes J, Poss J, Jantzi M, Blais R, Baker GR, et al. Identification of safety outcomes for Canadian home care clients: evidence from the resident assessment instrument--home care reporting system concerning emergency room visits. *Healthc Q* 2009, 12 Spec No Patient: 40-8.
- 33 Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of internal medicine* 2003, 138(3): 161-7.
- 34 Masotti P, McColl MA, Green M: Adverse events experience by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal of Quality in Health Care* 2010, 22(2): 115-25.

ABRÉVIATIONS

Acronymes

AB

AVQ

CASC

CB

CHES

CIM

DAD

DSM

EI

HCRS

IADL

ICC

IC

ICIS

IV

MAPLe

MB

MPOC

MRDx

NB

NE

OMS

ON

QC

RAI-HC

RAI-MH

SD

SIOSM

SLD

SNISA

WRHA

YT

Définitions

Alberta

Activités de la vie quotidienne

Centre d'accès aux soins communautaires

Colombie-Britannique

Changes in Health, End Stage Disease, Signs and Symptoms

Classification internationale des maladies

Discharge Abstract Database

Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders

Événement indésirable

Home Care Reporting System

Instrumental Activities of Daily Living

Insuffisance cardiaque chronique

Intervalle de confiance

Institut canadien d'information sur la santé

Intraveineux

Method for Assigning Priority Levels

Manitoba

Maladie pulmonaire obstructive chronique

Most responsible diagnosis

Nouveau-Brunswick

Nouvelle-Écosse

Organisation mondiale de la santé

Ontario

Québec

Resident Assessment Instrument-Home Care

Resident Assessment Instrument-Mental Health

Soins à domicile

Système d'information ontarien sur la santé mentale

Soins de longue durée

Système national d'information sur les soins ambulatoires

Winnipeg Region Health Authority

Territoire du Yukon

REMERCIEMENTS

Nous aimerions souligner le soutien financier accordé par : l'Institut canadien pour la sécurité des patients; les Instituts de recherche en santé du Canada (l'Institut des services et des politiques de la santé, l'Institut du vieillissement, l'Institut de la santé circulatoire et respiratoire et l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite); The Change Foundation, et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). Nous aimerions également remercier les deux organismes codonateurs suivants qui ont apporté une contribution financière : le Nova Scotia Health Research Foundation (NSHRF), et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du gouvernement du Québec. Les organismes suivants ont contribué sous forme de services, pour lesquels nous sommes reconnaissants : l'Institut canadien d'information sur la santé; le Nova Scotia Department of Health; les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada; la Région sanitaire de Winnipeg (ORSW) ainsi que l'Alberta Health Services.

Nous aimerions remercier les services de santé et les agences de soins à domicile de partout au Canada de leur appui, de nous avoir donné accès à leurs données et d'avoir activement mobilisé du personnel et des clients pour les sous-projets. Nous sommes reconnaissants envers les soignants à domicile rémunérés, ainsi qu'envers les soignants bénévoles et leurs clients pour leur collaboration, sans laquelle cette recherche n'aurait pas été possible.

L'équipe de recherche souhaite remercier la Dre Sang-Myong Nahm, directrice de la recherche au Nursing Health Services Research Unit de l'University of Toronto, pour sa gestion et sa coordination visant à faire en sorte que toutes les exigences de l'étude soient atteintes. Nous sommes également reconnaissants envers l'Institut canadien d'information sur la santé (Nancy White, ICIS), ainsi qu'envers la Région sanitaire de Winnipeg (Dre Lori Mitchell, ORSW) pour nous avoir fourni les données et l'appui qui ont rendu cette étude possible. Nous aimerions remercier le Dr Jeff Poss (University of Waterloo); le Dr Mingyang Li (University of Toronto); la Dre Andrea Foebel (University of Toronto); Micaela Jantzi (University of Toronto); Gan Qian (University of Toronto); la Dre Sang-Myong Nahm (University of Toronto); Odilia Yim (University of Toronto) et Lacey Langlois (ICIS) pour leur expertise et leur contribution à l'analyse des données et à l'interprétation des résultats.

Cette recherche n'aurait pas été possible sans la coopération et le soutien des personnes suivantes : Stéphane Thalès; Michèle Paré; Mylène Battista; Jean-Guy Bouchard et Diane Crevier (Université de Montréal); Caroline Slegers-Boyd (Winnipeg Regional Health Authority) de même qu'Andrea Scobie (Dalhousie University). Nous sommes reconnaissants envers les organismes collaborateurs suivants : le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; la Région sanitaire de Winnipeg et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada.

Nous aimerions souligner la contribution de Carolyn Hoffman, vice-présidente principale par intérim pour l'amélioration de la qualité, et de Paula Beard, chef de la direction pour la sécurité du patient au Alberta Health Services, pour leur soutien et leurs conseils lors de la

formation des examinateurs à l'application de la grille d'analyse canadienne des incidents en sécurité des patients, ainsi que pour avoir codirigé le groupe d'experts. L'équipe souhaiterait également remercier les membres de ce groupe d'experts, incluant monsieur Ian Creurer; madame Jill Hakes (AHS); madame Eliette Allec (ORSW, soins à domicile); madame Shirley Gobelle (ORSW); madame Michelle Todoruk-Orchard (ORSW, soins à domicile); madame Linda Dando (MB Health); monsieur Norm Umali (CASC de Toronto); madame Lisa Sever (CASC du Centre); le Dr Barry Goldlist (MSH); madame Debra Bell (MoH-LTC); madame Cathy Szabo (CASC du Centre); madame Anne Wotjak (CASC de Toronto); madame Melissa Griffin (UHN); madame Sonia Pinkney (CASC du Centre); madame Vera Bakaleinikova (CASC du Centre); madame Tracy Sooley (CASC du Centre); monsieur Martin Weinryb, et madame Julie Greenall (ISMP Canada). Nous aimerions souligner l'apport de six agences de soins à domicile : la Région sanitaire de Winnipeg; l'Alberta Health Services – Northern Zone; le CASC du Centre; le CASC du Centre-Ouest; le CASC de Mississauga Halton et le CASC de Centre-Toronto. Nous aimerions également remercier Jim Handyside et Melissa Griffen, experts en ergonomie.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de soins à domicile participantes pour toute l'aide apportée et qui a rendu ce projet possible; nous remercions Tanya Barber et Sheri Roach (Dalhousie University); Kristine Laboni (VON Canada); Cherie Curry (University of Victoria); Caroline Slegers-Boyd (ORSW); Charliene Havixbeck (ORSW) et Janice Wisher (ORSW) pour leur contribution. La Dre Ariella Lang est également reconnaissante pour le soutien en continu reçu en tant que chercheuse boursière du Fonds de Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

Nous soulignons avec reconnaissance le travail des membres du **Knowledge Exchange Board (KEB)**, qui ont apporté des suggestions et des conseils à chaque sous-projet, qui ont suggéré des activités de transfert de connaissances susceptibles d'atteindre les publics cibles et d'être traduites en pratiques et en politiques pertinentes. Les membres du KEB comprenaient : madame Donna Hill, présidente du KEB, du Nova Scotia Department of Health et de l'Association canadienne de soins et services à domicile; mesdames Rachel Bard et Vivienne Fisher, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; mesdames Isabel Bean et Julie Filion, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; madame Katarina Busija, de Patients pour la sécurité des patients du Canada; madame Ruth Ann Campbell, du Réseau national de gestion de cas du Canada; le Dr Sholom Glouberman, de l'Association des Patients du Canada; madame Nadine Henningsen, de l'Association canadienne de soins et services à domicile et de la Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels; le Dr Larry Librach, du Temmy Latner Centre for Palliative Care; monsieur Ross Mayot, du CARP; monsieur Jonathan Mitchell, d'Agrément Canada; madame Marlene Nose, de Santé Canada; la Dre Michèle Pelletier, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux; madame Michelle Rey, de Qualité des services de santé Ontario; madame Marguerite Rowe, du Vancouver Island Health Authority; madame Mary Schulz, de la Société Alzheimer Canada; la Dre Judith Shamian, des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada; madame Liris Smith, de la Santé et des Affaires sociales du Yukon; madame Cathy Szabo, du Centre d'accès aux soins communautaires; le Dr Gary Teare, du Saskatchewan Health Quality Council, ainsi que madame Susan VanderBent, de l'Ontario Home Care Association.



Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien pour la sécurité des patients

Safe care...accepting no less

Soins sécuritaires...n'acceptons rien de moins

L'Institut canadien pour la sécurité des patients

www.securitedespatients.ca

Bureau d'Edmonton

10235 - 101e rue, bureau 1414 Edmonton (Alberta) Canada T5J 3G1

Téléphone: 780-409-8090 Fax: 780-409-8098 Sans Frais: 1-866-421-6933

Bureau d'Ottawa

1150, rue Cyrville, bureau 410, Ottawa (Ontario) Canada K1J 7S9

Téléphone: 613-730-7322 Fax: 613-730-7323