

Mortalité hospitalière dans les hôpitaux de la Montérégie

Analyse des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Édition 2014



Secteur Appréciation de la performance
Direction de la planification, de la performance, connaissances
et des ressources humaines réseau

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

Octobre 2014

Publication

Direction de la planification, de la performance, des connaissances
et des ressources humaines réseau

Auteur

Lynn Villeneuve, Secteur Appréciation de la performance

Collaborateurs

Liliane Foisy, Secteur Appréciation de la performance

Caroline Latour, Secteur Appréciation de la performance

Nancy Lefebvre, Secteur Appréciation de la performance

Mélanie Shang, Secteur Gestion des connaissances

Coordination par intérim

Ginette Lafontaine, Secteur Appréciation de la performance

Secrétariat et mise en pages

Anne-Marie Delorme, Secteur Appréciation de la performance

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source :

VILLENEUVE, Lynn et collab. Mortalité hospitalière dans les hôpitaux de la Montérégie : Analyse des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Édition 2014, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2014, 42 p.

Table des matières

Messages clés	4
Introduction	5
Ratio normalisé de mortalité hospitalière :	6
Définition	
Méthode de calcul	
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	
Interprétation de l'indicateur	
Mise en garde	
Interprétation des graphiques	8
Résultats : Ensemble des hôpitaux de la Montérégie	9
Hôpital du Suroît	12
Hôpital Anna-Laberge	15
Hôpital Charles LeMoynes	18
Hôpital Pierre-Boucher	21
Hôpital Haut-Richelieu	24
Hôpital Honoré-Mercier	27
Décès selon les groupes de diagnostics :	
Ensemble des hôpitaux de la Montérégie	30
Hôpital du Suroît	31
Hôpital Anna-Laberge	32
Hôpital Charles LeMoynes	33
Hôpital Pierre-Boucher	34
Hôpital Haut-Richelieu	35
Hôpital Honoré-Mercier	36
Pour une utilisation judicieuse des résultats :	37
Étapes suggérées	
Catégories de zones d'amélioration potentielles	
Quelques stratégies cliniques	
Bibliographie	40
Annexe	41

- Le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) est une mesure globale sommaire qui représente le nombre de décès réels par rapport au nombre de décès prévus en milieu hospitalier de soins de courte durée.
- Plusieurs pays utilisent le RNMH ou son équivalent comme indicateur de performance. Ce ratio permet aux hôpitaux de suivre l'évolution de leurs propres taux de mortalité. Le RNMH n'est toutefois pas conçu pour comparer des hôpitaux individuellement entre eux.
- Au Canada, le RNMH est calculé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). En décembre 2012, l'ICIS a diffusé pour la première fois des résultats incluant les données des hôpitaux du Québec pour les périodes de 2007-2008 à 2010-2011. L'édition 2014 permet d'ajouter aux résultats diffusés en 2013 ceux de la période 2012-2013.
- La Montérégie affiche des résultats très positifs :
 - La grande majorité des RNMH de 2012-2013 (ratio global et tous les types de cas) présente une diminution par rapport à 2011-2012.
 - Tous les RNMH présentés sont inférieurs à 100, indiquant que le nombre des décès réels est inférieur à celui des décès prévus.
- Pour cinq des six hôpitaux évalués, le RNMH global de 2012-2013 est significativement inférieur à la moyenne des hôpitaux canadiens.
- Les hôpitaux du Suroît et Pierre-Boucher affichent un RNMH global significativement inférieur à la moyenne canadienne pour les quatre dernières années financières.
- Le RNMH constitue un point de départ pour une analyse plus poussée de la mortalité hospitalière. La formulation d'objectifs de réduction de mortalité doit effectivement être précédée d'un examen des données à cet effet.
- Les zones d'amélioration potentielle peuvent être divisées en grandes catégories : 1) soins inappropriés et/ou prodigués dans un délai inopportun, 2) lieux inappropriés pour prodiguer les soins, 3) mauvaise gestion des médicaments, 4) infections nosocomiales, 5) problématiques non cliniques.
- Plusieurs stratégies existent, permettant d'agir sur ces zones d'amélioration potentielle. Quelques pistes de solution fréquemment citées dans la littérature portant sur les RNMH sont présentées.

Le 18 septembre 2014, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a diffusé, sur son site Web, les plus récentes données sur la mortalité hospitalière dans 108 hôpitaux canadiens. L'indicateur retenu, le ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH), est un indicateur de performance utilisé depuis plusieurs années pour cerner les zones potentielles d'amélioration en matière de qualité des soins.

Pour la troisième fois, les résultats des hôpitaux du Québec sont inclus dans cette huitième publication de l'ICIS sur la mortalité hospitalière. Pour les 30 hôpitaux du Québec, les résultats portent sur les années 2007-2008 à 2012-2013. En Montérégie, six hôpitaux présentent un volume de cas suffisant pour l'analyse : Anna-Laberge, Charles LeMoine, Pierre-Boucher, Haut-Richelieu, Honoré-Mercier et du Suroît.

Pour un hôpital, le RNMH est d'abord et avant tout utile pour suivre l'évolution de ses propres résultats au fil du temps et non à les comparer à ceux des autres hôpitaux. Les avantages du RNMH sont clairement démontrés lorsqu'un hôpital utilise les résultats pour poser des gestes concrets afin d'améliorer la qualité des soins.

L'[ICIS](#) présente sur son site les résultats* globaux touchant la mortalité hospitalière pour l'ensemble des cas

*Les résultats présentés sur le site de l'ICIS sont ceux de 2007-2008 à 2012-2013 alors que la présente analyse ne touche que les années de 2008-2009 à 2012-2013.

hospitalisés. En revanche, les données spécifiques sur les RNMH selon les types de cas (médecine, chirurgie, soins intensifs et cas sans transferts), qui permettent de cibler les zones d'amélioration, ne sont pas rendues publiques par l'ICIS. Ces données sont toutefois incluses dans la présente analyse qui synthétise les résultats montérégiens selon trois volets :

1. RNMH de la région (incluant les 10 hôpitaux)
2. RNMH de chaque hôpital
3. Principaux groupes diagnostics où les décès observés sont supérieurs aux décès attendus (par hôpital)

La dernière section « Pour une utilisation judicieuse des résultats » s'attarde aux pistes d'actions à privilégier dans chacun des milieux hospitaliers.

À travers le document, des hyperliens actifs permettent d'accéder directement en ligne aux documents cités.

Également, il est possible de naviguer entre la table des matières (cliquer sur le numéro de page) et les différentes pages du présent document (cliquer sur TABLE DES MATIÈRES en haut à droite).

Définition

Ratio entre le nombre réel de décès en soins de courte durée et le nombre prévu de décès hospitaliers liés à des affections représentant environ 80 % de la mortalité hospitalière.

Méthode de calcul

$$\text{RNMH} = \frac{\text{Décès réels}}{\text{Décès prévus}} \times 100$$

Le nombre de décès prévus dans un hôpital correspond à la somme des probabilités de décès pour chaque cas RNMH dans cet hôpital. Ces probabilités de décès tiennent compte des facteurs suivants : âge, sexe, durée de séjour, catégorie d'admission, comorbidité et transferts.

Un **cas RNMH** est un patient rencontrant les critères d'inclusion aux fins du calcul RNMH et dont le diagnostic principal fait partie des 72 groupes de diagnostics retenus, qui ensemble sont responsables de 80 % de la mortalité hospitalière au Canada en 2009-2010.

Ratio normalisé de mortalité hospitalière

Cinq RNMH sont calculés :

- 1) RNMH pour l'ensemble des cas de l'hôpital (le seul rendu public par l'ICIS);
- 2) RNMH des cas médicaux;
- 3) RNMH des cas chirurgicaux;
- 4) RNMH des séjours aux soins intensifs;
- 5) RNMH des cas excluant les transferts (en provenance ou vers un autre hôpital de soins de courte durée).

L'ensemble des cas de l'hôpital est ventilé selon deux classements, réunissant chacun deux types de cas :

- cas médicaux et cas chirurgicaux;
- séjours aux soins intensifs et cas excluant les transferts.

À titre informatif, les cas excluant les transferts représentent plus de 92 % de tous les cas.

Le RNMH global de l'ensemble des cas de l'hôpital est comparé au RNMH moyen de l'ensemble des hôpitaux du Canada alors que les RNMH des quatre types de cas sont comparés aux RNMH moyens des hôpitaux du groupe de référence. Par ailleurs, les RNMH calculés pour une région sont toujours comparés au RNMH moyen du Canada.

Les résultats présentés portent sur cinq années (2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013). L'année de comparaison retenue est 2009-2010 et l'intervalle de confiance du RNMH est de 95 %.

Interprétation de l'indicateur

Pour l'ensemble des cas RNMH retenus dans un hôpital, un résultat significativement supérieur à 100 indique un taux de mortalité normalisé significativement supérieur au taux moyen au Canada pour l'année 2009-2010. Un faible taux de mortalité hospitalière (RNMH) est un résultat souhaitable.

L'ICIS présente les résultats des régions ou des hôpitaux comptant plus de 2 500 cas RNMH pour les 5 derniers exercices de déclaration de données (2008-2009, 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013). Pour la Montérégie, six hôpitaux répondent à ces exigences. Ces établissements font partie du même groupe d'hôpitaux semblables (H1 : grands hôpitaux communautaires) constitué d'hôpitaux rencontrant deux des trois critères suivants :

- ≥ 8 000 patients hospitalisés
- ≥ 10 000 cas pondérés
- ≥ 50 000 jours de présence des patients hospitalisés

Mises en garde

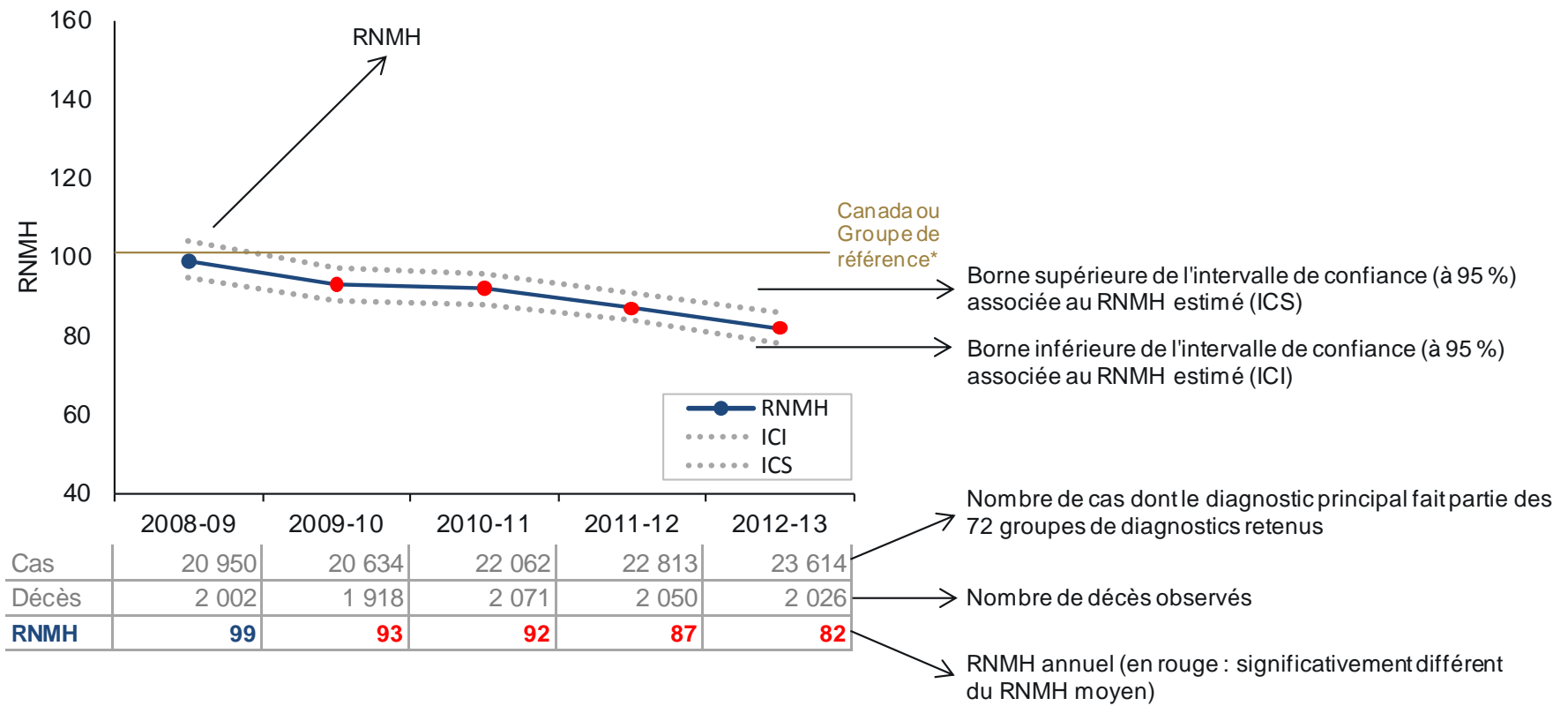
L'ICIS recommande la prudence dans l'interprétation des résultats, car les estimations pour le Québec sont produites pour la deuxième fois seulement.

L'analyse des résultats doit privilégier l'évolution des ratios propre à chaque hôpital au fil des ans plutôt que la comparaison des résultats des hôpitaux entre eux.

Le RNMH est un indicateur parmi d'autres illustrant la performance d'un hôpital. Pour une meilleure appréciation de la performance, cet indicateur gagne à être utilisé et interprété en relation avec d'autres indicateurs de qualité et d'efficacité portant sur l'activité hospitalière. À lui seul, le RNMH ne peut rendre compte de l'état de la sécurité des patients et de la qualité des soins dans un hôpital.

Le ratio de mortalité est basé sur des diagnostics principaux (ou des groupes de diagnostics) alors que les causes de décès peuvent aussi être en lien avec certaines conditions de l'organisation hospitalière propre à l'établissement.

Les [notes techniques](#) détaillées se retrouvent dans un document de l'ICIS.



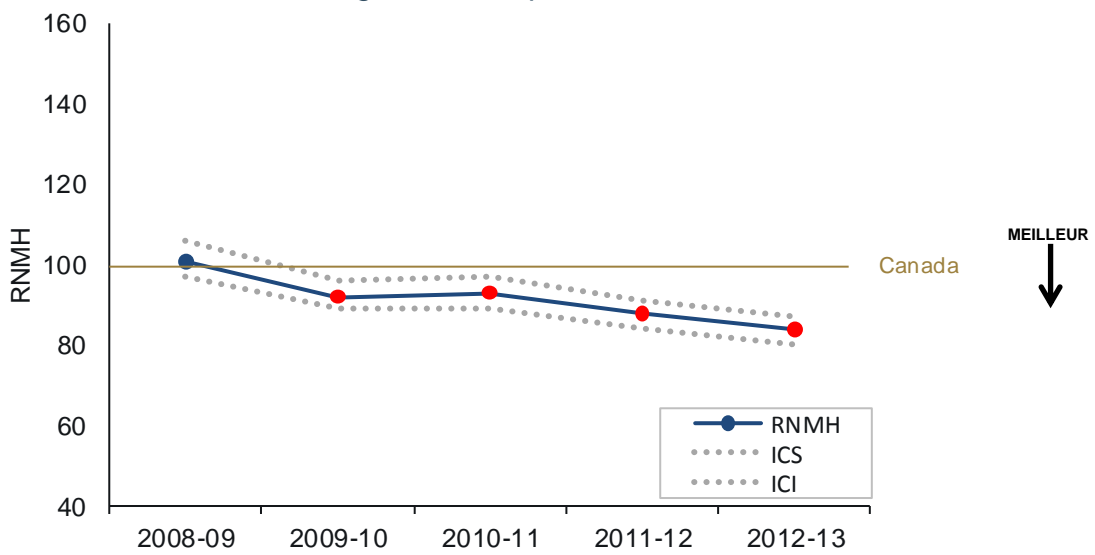
*Les six hôpitaux de la Montérégie font partie du même groupe de référence (H1 : grands hôpitaux communautaires)

Montérégie : Cas RNMH par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des cas	27 013	26 857	28 295	29 152	29 911
Médecine	20 950	20 634	22 062	22 813	23 614
Chirurgie	6 015	6 170	6 196	6 311	6 263
Soins intensifs*	4 886	4 802	4 900	4 956	4 917
Sans les transferts*	24 890	24 768	26 310	27 124	27 734

*Les cas avec séjours aux soins intensifs et les cas sans transferts sont inclus dans l'ensemble des cas.

Montérégie : RNMH pour l'ensemble des cas

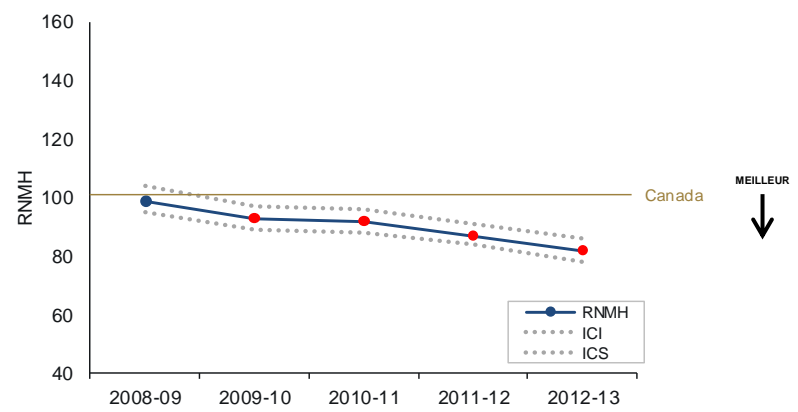


Cas	27 013	26 857	28 295	29 152	29 911
Décès	2 298	2 165	2 357	2 320	2 289
RNMH	101	92	93	88	84

CONSTATS

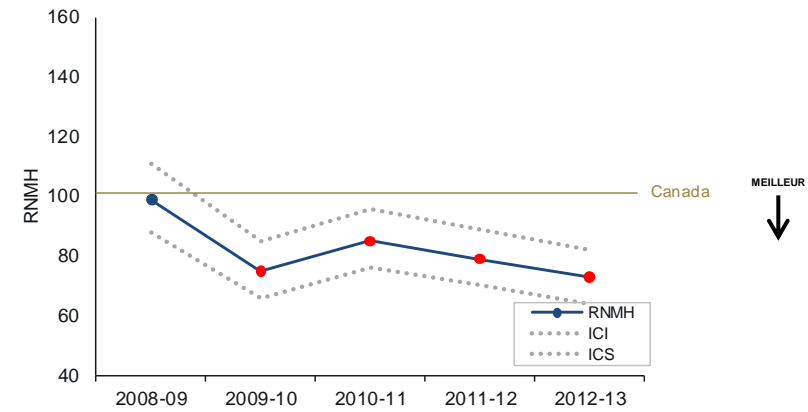
- De 2011-2012 à 2012-2013, on observe en Montérégie une diminution du RNMH pour l'ensemble des cas (de 88 à 84) et de chacun des types de cas.
- Les résultats de tous les RNMH des quatre dernières années (ensemble des cas et les quatre types de cas) sont significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence.

Montérégie : RNMH pour les cas médicaux



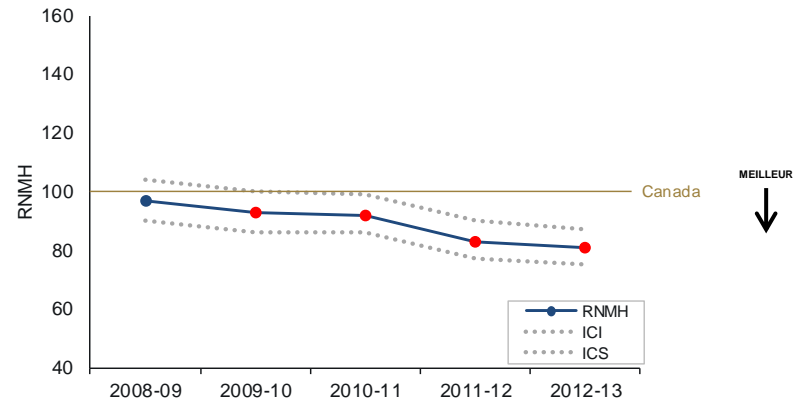
Cas	20 950	20 634	22 062	22 813	23 614
Décès	2 002	1 918	2 071	2 050	2 026
RNMH	99	93	92	87	82

Montérégie : RNMH pour les cas chirurgicaux



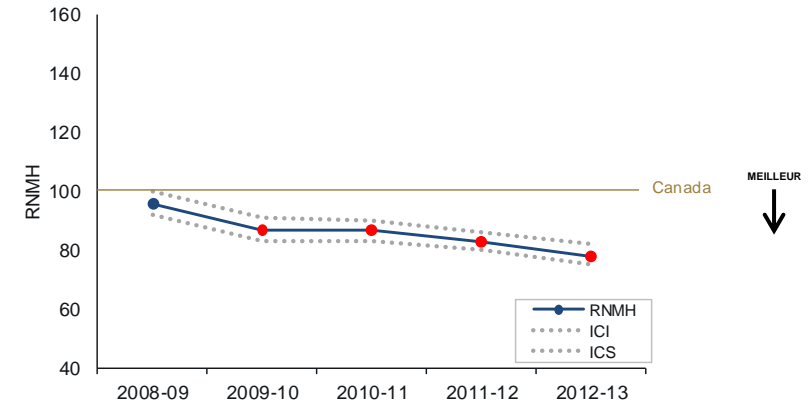
Cas	6 015	6 170	6 196	6 311	6 263
Décès	294	246	286	269	262
RNMH	99	75	85	79	73

Montérégie : RNMH pour les soins intensifs



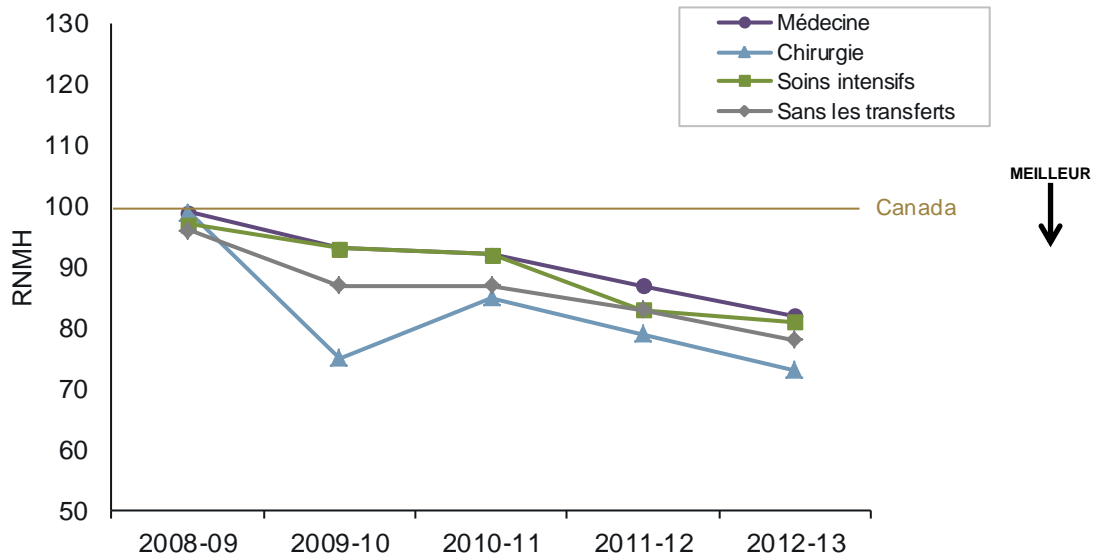
Cas	4 886	4 802	4 900	4 956	4 917
Décès	749	714	743	698	667
RNMH	97	93	92	83	81

Montérégie : RNMH pour les cas sans les transferts



Cas	24 890	24 768	26 310	27 124	27 734
Décès	2 220	2 098	2 262	2 234	2 217
RNMH	96	87	87	83	78

Montérégie : RNMH pour les quatre types de cas



Montérégie : Décès par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des décès	2 298	2 165	2 357	2 320	2 289
Médecine	2 002	1 918	2 071	2 050	2 026
Chirurgie	294	246	286	269	262
Soins intensifs*	749	714	743	698	667
Sans les transferts*	2 220	2 098	2 262	2 234	2 217

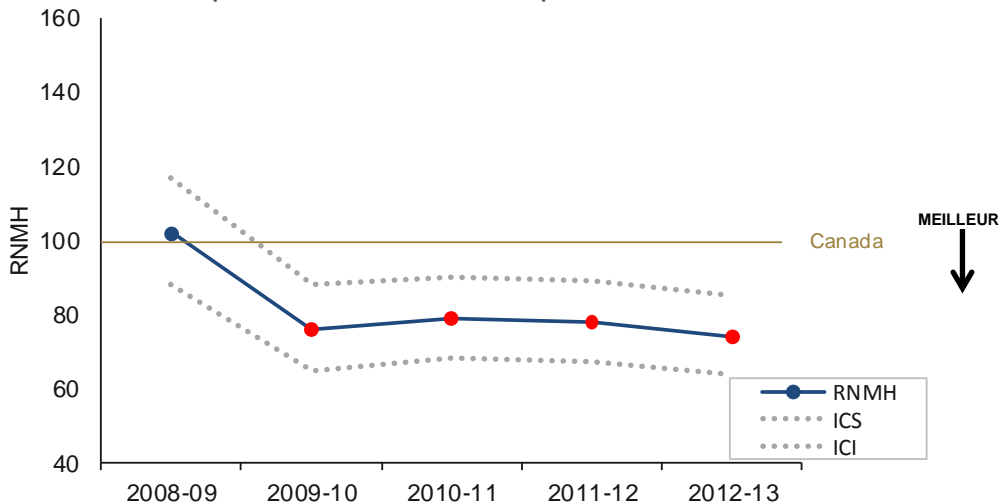
*Les décès avec séjours aux soins intensifs et les décès sans transferts sont inclus dans l'ensemble des décès.

Hôpital du Suroît : Cas RNMH par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des cas	2 272	2 559	2 742	2 733	2 738
Médecine	1 869	2 175	2 286	2 244	2 205
Chirurgie	403	384	456	489	533
Soins intensifs*	379	362	407	392	352
Sans les transferts*	2 079	2 269	2 531	2 532	2 537

*Les cas avec séjours aux soins intensifs et les cas sans transferts sont inclus dans l'ensemble des cas.

Hôpital du Suroît : RNMH pour l'ensemble des cas

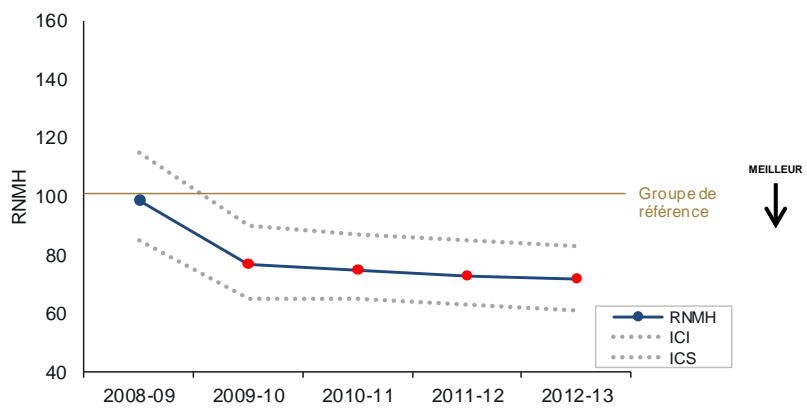


Cas	2 272	2 559	2 742	2 733	2 738
Décès	202	175	210	203	202
RNMH	102	76	79	78	74

CONSTATS

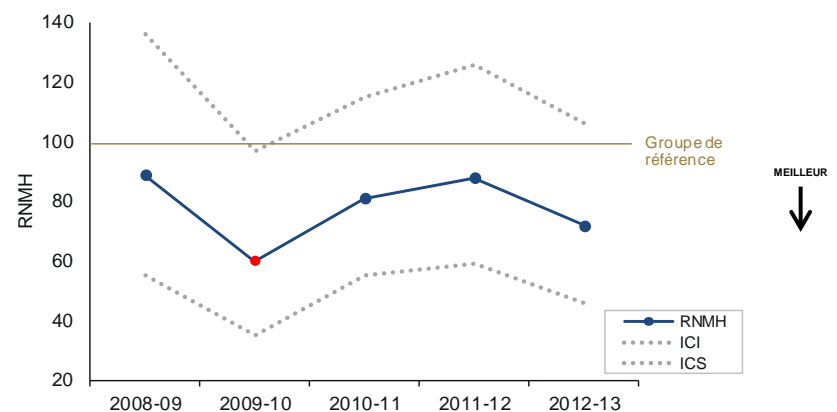
- De 2011-2012 à 2012-2013, on observe une diminution de RNMH pour l'ensemble des cas et pour chacun des types de cas. À l'exception du RNMH pour les cas chirurgicaux, tous les RNMH sont significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence.
- Pour la même période, on note une amélioration très importante du RNMH pour les cas chirurgicaux (de 88 à 72) et ceux des soins intensifs (de 80 à 70).

Hôpital du Suroît : RNMH pour les cas médicaux



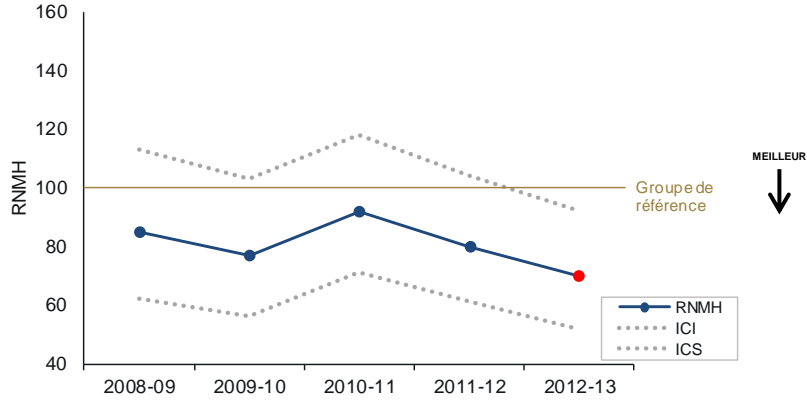
Cas	1 869	2 175	2 286	2 244	2 205
Décès	181	158	179	173	177
RNMH	99	77	75	73	72

Hôpital du Suroît : RNMH pour les cas chirurgicaux



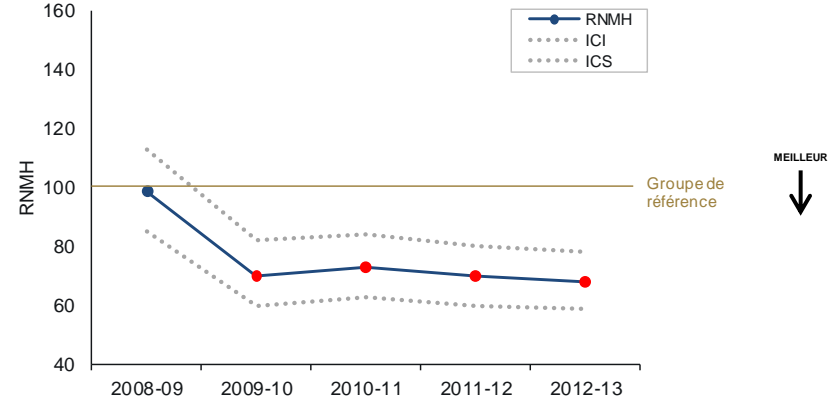
Cas	403	384	456	489	533
Décès	21	17	31	30	25
RNMH	89	60	81	88	72

Hôpital du Suroît : RNMH pour les soins intensifs



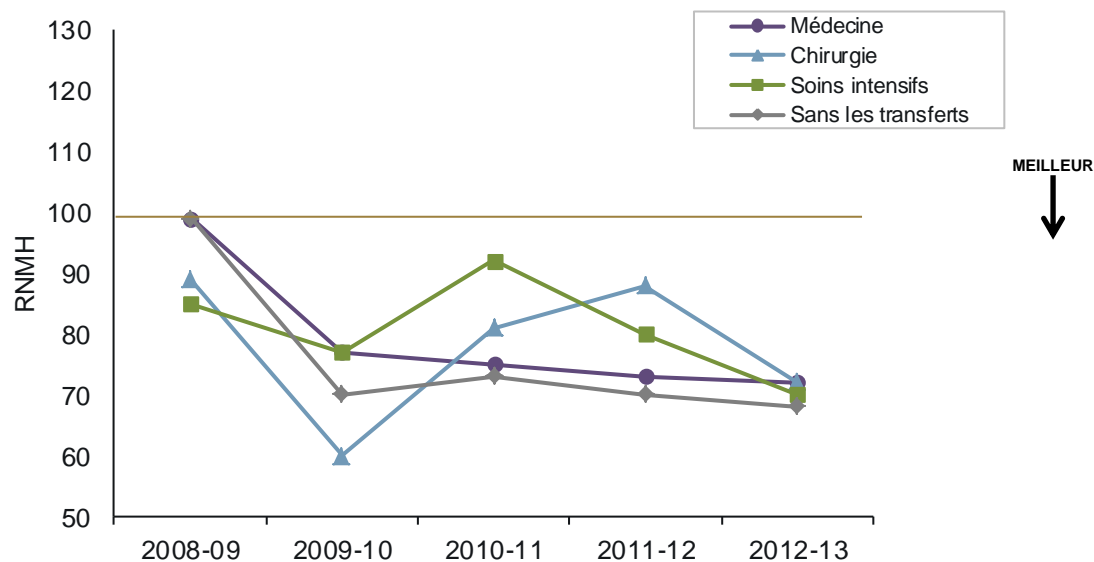
Cas	379	362	407	392	352
Décès	47	44	63	59	51
RNMH	85	77	92	80	70

Hôpital du Suroît : RNMH pour les cas sans les transferts



Cas	2 079	2 269	2 531	2 532	2 537
Décès	196	161	202	192	193
RNMH	99	70	73	70	68

Hôpital du Suroît : RNMH pour les quatre types de cas



Hôpital du Suroît : Décès par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des décès	202	175	210	203	202
Médecine	181	158	179	173	177
Chirurgie	21	17	31	30	25
Soins intensifs*	47	44	63	59	51
Sans les transferts*	196	161	202	192	193

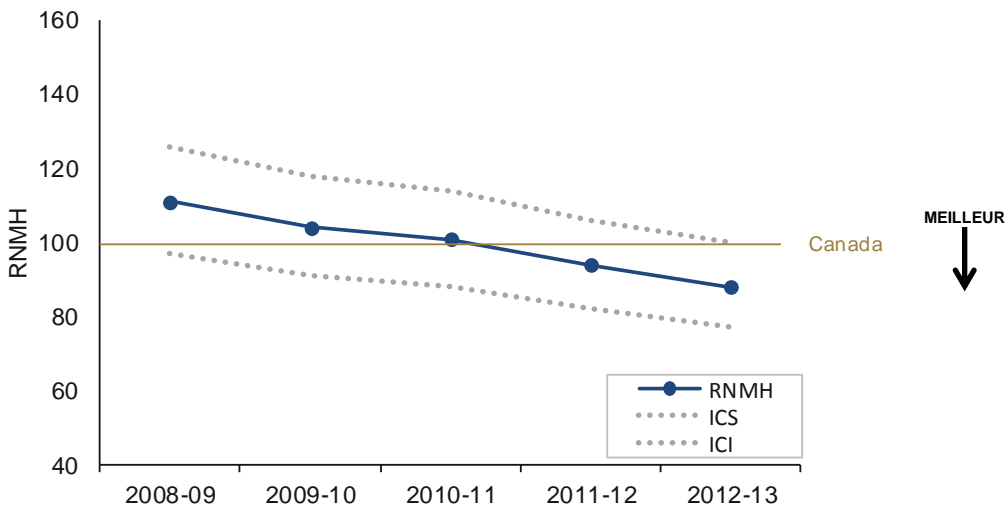
*Les décès avec séjours aux soins intensifs et les décès sans transferts sont inclus dans l'ensemble des décès.

Hôpital Anna-Laberge : Cas RNMH par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des cas	2 562	2 594	2 695	2 865	2 859
Médecine	2 049	2 070	2 185	2 311	2 320
Chirurgie	513	524	510	554	539
Soins intensifs*	331	360	394	427	353
Sans les transferts*	2 335	2 384	2 485	2 656	2 646

*Les cas avec séjours aux soins intensifs et les cas sans transferts sont inclus dans l'ensemble des cas.

Hôpital Anna-Laberge : RNMH pour l'ensemble des cas

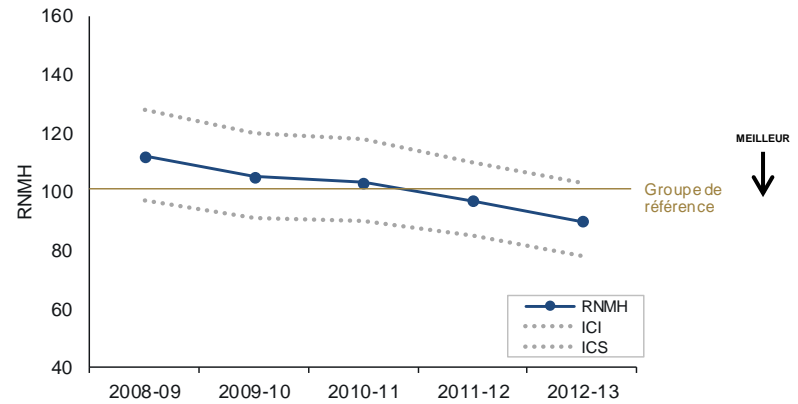


Cas	2 562	2 594	2 695	2 865	2 859
Décès	234	228	237	242	229
RNMH	111	104	101	94	88

CONSTATS

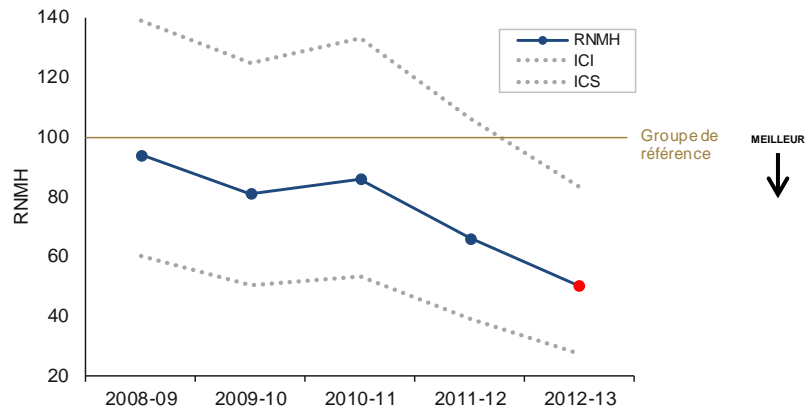
- De 2011-2012 à 2012-2013, on observe une diminution du RNMH pour l'ensemble des cas et pour chacun des types de cas. Pour ces derniers, on note des résultats significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence pour les cas chirurgicaux, ceux des soins intensifs et ceux excluant les transferts.
- Les diminutions du RNMH les plus marquées sont celles des cas chirurgicaux (de 66 à 50) et des cas des soins intensifs (de 88 à 69).

Hôpital Anna-Laberge : RNMH pour les cas médicaux



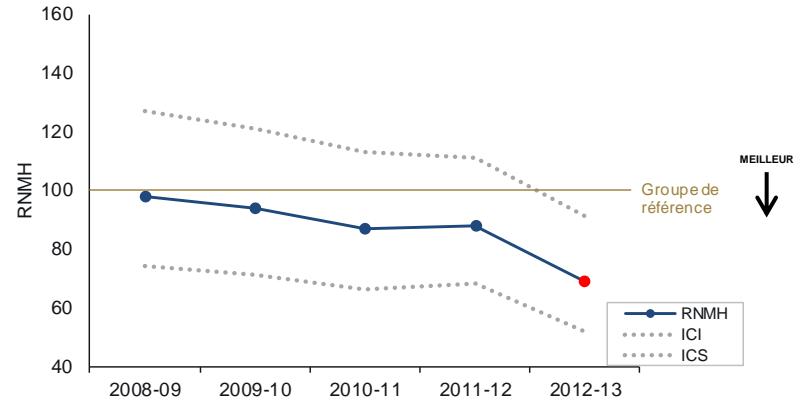
Cas	2 049	2 070	2 185	2 311	2 320
Décès	210	208	217	225	215
RNMH	112	105	103	97	90

Hôpital Anna-Laberge : RNMH pour les cas chirurgicaux



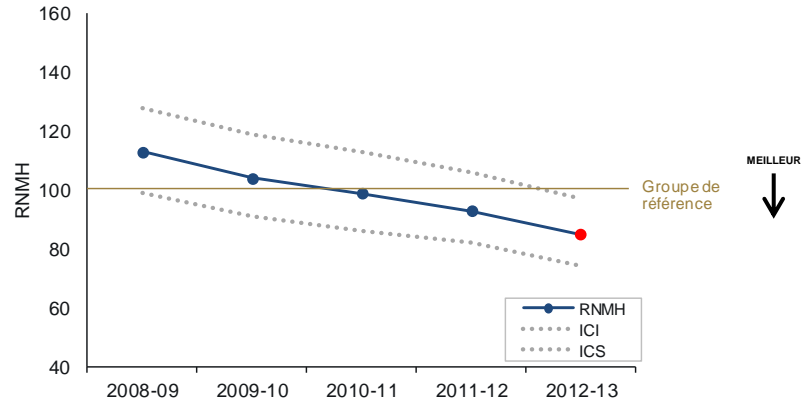
Cas	513	524	510	554	539
Décès	24	20	20	17	14
RNMH	94	81	86	66	50

Hôpital Anna-Laberge : RNMH pour les soins intensifs



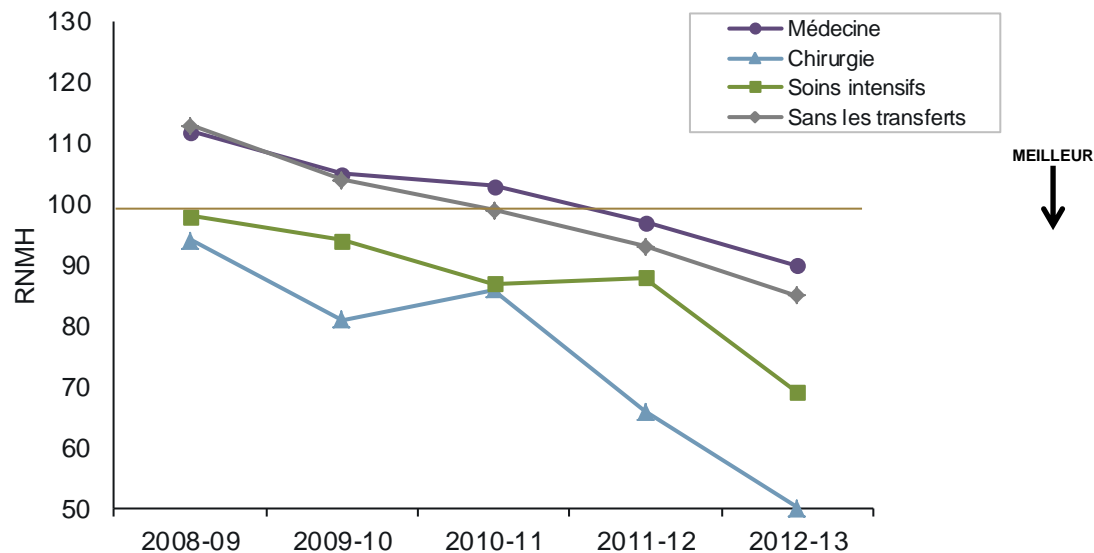
Cas	331	360	394	427	353
Décès	58	59	59	70	53
RNMH	98	94	87	88	69

Hôpital Anna-Laberge : RNMH pour les cas sans transferts



Cas	2 335	2 384	2 485	2 656	2 646
Décès	228	223	226	233	219
RNMH	113	104	99	93	85

Hôpital Anna-Laberge : RNMH pour les quatre types de cas



Hôpital Anna-Laberge : Décès par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des décès	234	228	237	242	229
Médecine	210	208	217	225	215
Chirurgie	24	20	20	17	14
Soins intensifs*	58	59	59	70	53
Sans les transferts*	228	223	226	233	219

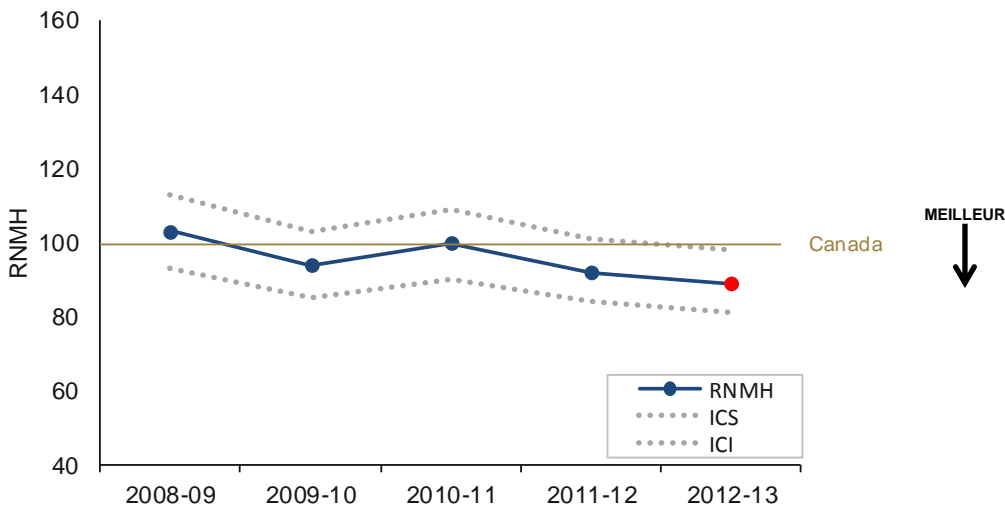
*Les décès avec séjours aux soins intensifs et les décès sans transferts sont inclus dans l'ensemble des décès.

Hôpital Charles LeMoyne : Cas RNMH par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des cas	5 082	5 016	5 034	5 407	5 291
Médecine	3 463	3 405	3 492	3 758	3 695
Chirurgie	1 619	1 611	1 542	1 649	1 596
Soins intensifs*	1 272	1 231	1 226	1 297	1 315
Sans les transferts*	4 829	4 758	4 801	5 181	4 993

*Les cas avec séjours aux soins intensifs et les cas sans transferts sont inclus dans l'ensemble des cas.

Hôpital Charles LeMoyne : RNMH pour l'ensemble des cas

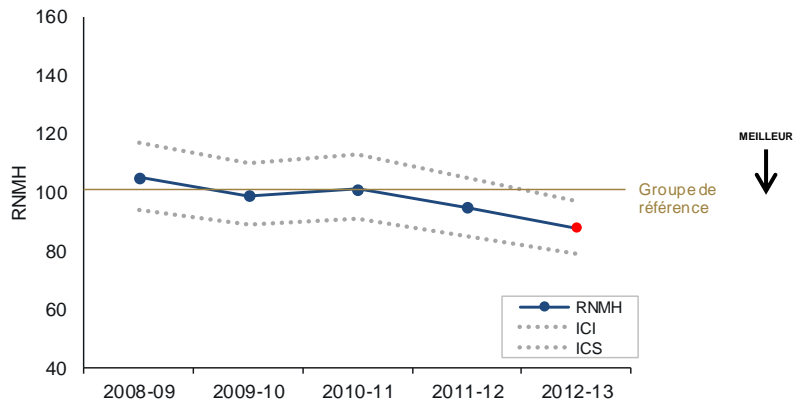


Cas	5 082	5 016	5 034	5 407	5 291
Décès	443	423	431	456	433
RNMH	103	94	100	92	89

CONSTATS

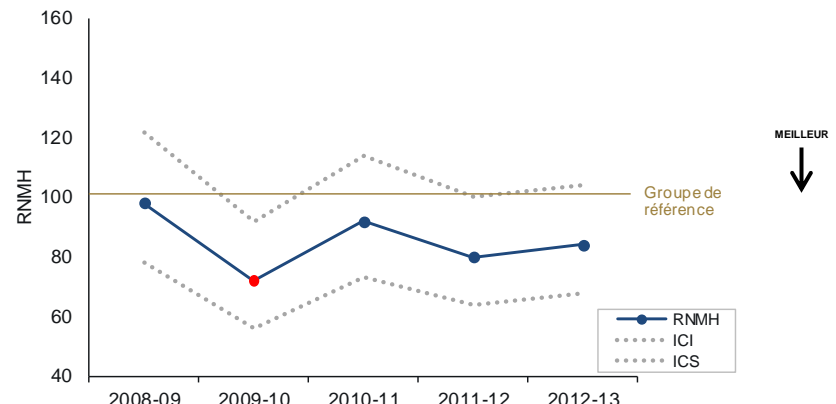
- De 2011-2012 à 2012-2013, on observe une légère diminution du RNMH pour l'ensemble des cas avec un résultat significativement inférieur à la moyenne du groupe de référence.
- Pour la même période, on note la diminution du RNMH pour les cas médicaux (de 95 à 88) et ceux excluant les transferts (de 86 à 84) tandis que le RNMH pour les soins intensifs demeure stable. Ces trois RNMH présentent des résultats significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence.
- À l'inverse, le RNMH pour les cas chirurgicaux connaît une légère augmentation (de 80 à 84).

Hôpital Charles LeMoyne : RNMH pour les cas médicaux



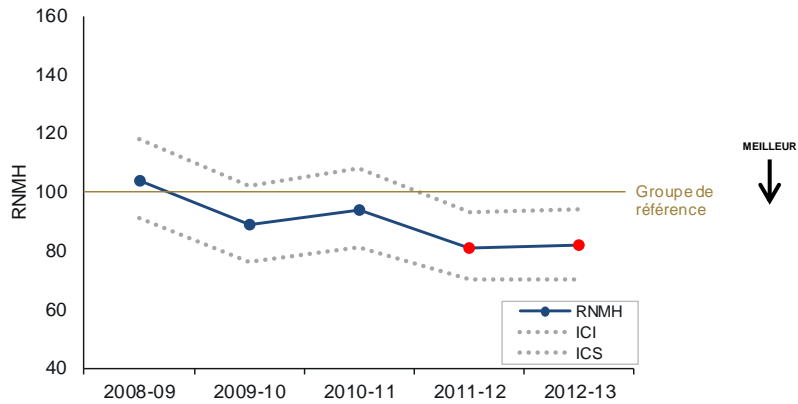
Cas	3 463	3 405	3 492	3 758	3 695
Décès	358	355	348	378	344
RNMH	105	99	101	95	88

Hôpital Charles LeMoyne : RNMH pour les cas chirurgicaux



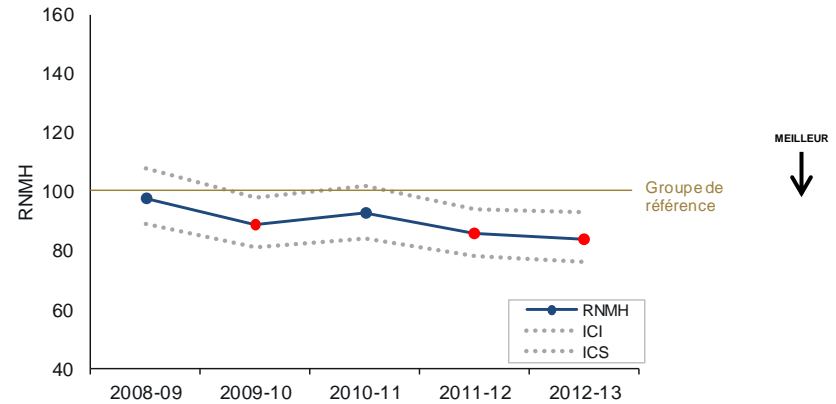
Cas	1 619	1 611	1 542	1 649	1 596
Décès	85	68	83	78	89
RNMH	98	72	92	80	84

Hôpital Charles LeMoyne : RNMH pour les soins intensifs



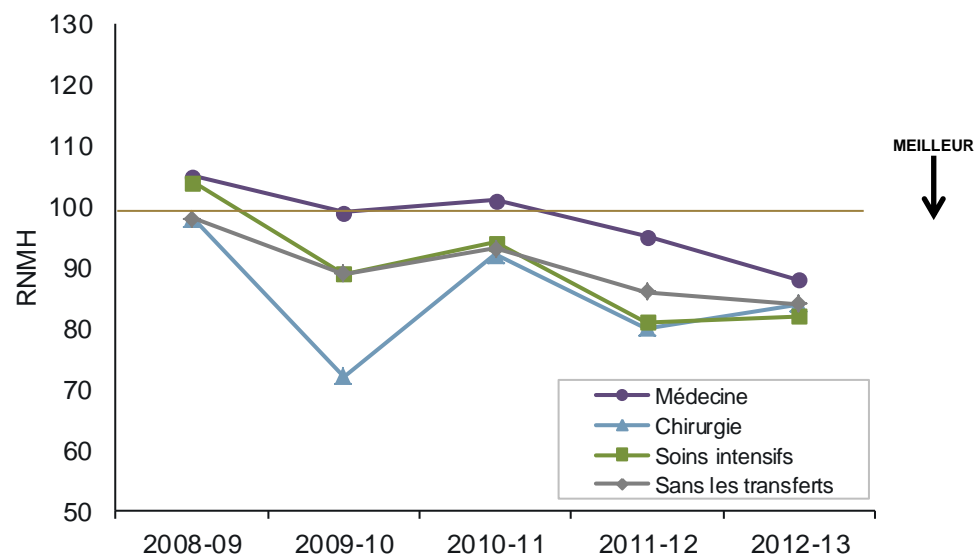
Cas	1 272	1 231	1 226	1 297	1 315
Décès	230	189	205	194	183
RNMH	104	89	94	81	82

Hôpital Charles LeMoyne : RNMH pour les cas sans les transferts



Cas	4 829	4 758	4 801	5 181	4 993
Décès	428	411	410	435	413
RNMH	98	89	93	86	84

Hôpital Charles LeMoyne : RNMH pour les quatre types de cas



Hôpital Charles LeMoyne : Décès par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des décès	443	423	431	456	433
Médecine	358	355	348	378	344
Chirurgie	85	68	83	78	89
Soins intensifs*	230	189	205	194	183
Sans les transferts*	428	411	410	435	413

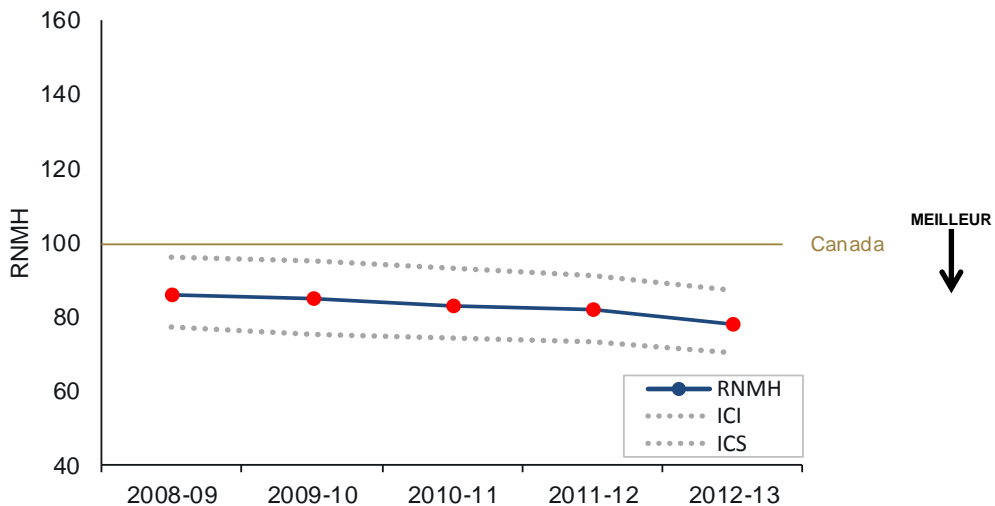
*Les décès avec séjours aux soins intensifs et les décès sans transferts sont inclus dans l'ensemble des décès.

Hôpital Pierre-Boucher : Cas RNMH par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des cas	4 388	4 289	4 511	4 703	4 810
Médecine	3 226	3 084	3 249	3 493	3 585
Chirurgie	1 162	1 205	1 262	1 210	1 225
Soins intensifs*	650	687	751	701	760
Sans les transferts*	4 007	3 901	4 081	4 283	4 351

*Les cas avec séjours aux soins intensifs et les cas sans transferts sont inclus dans l'ensemble des cas.

Hôpital Pierre-Boucher : RNMH pour l'ensemble des cas

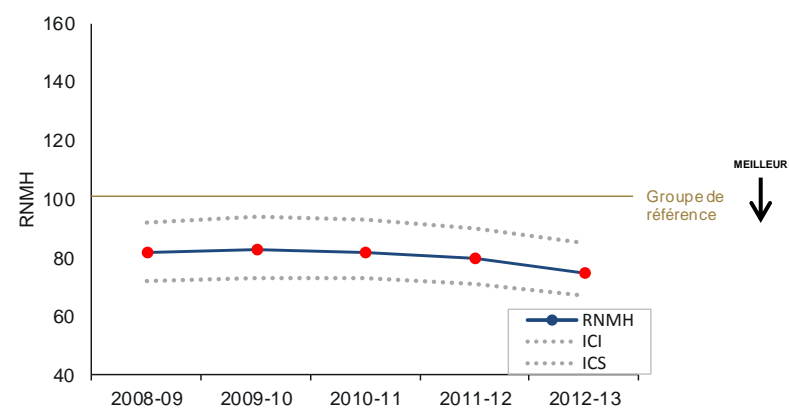


Cas	4 388	4 289	4 511	4 703	4 810
Décès	305	301	310	327	332
RNMH	86	85	83	82	78

CONSTATS

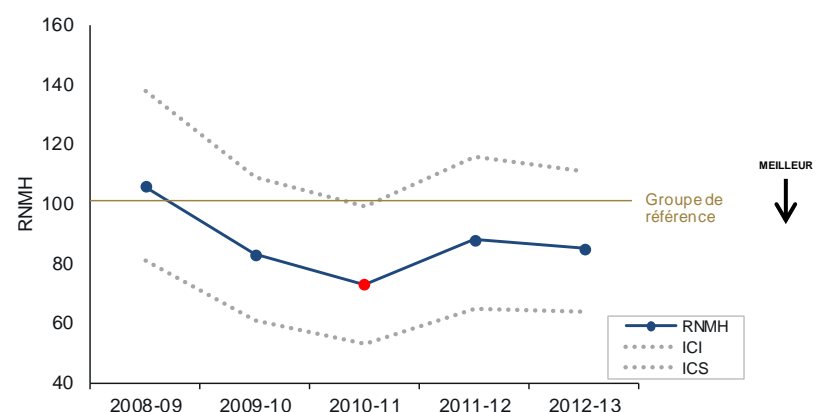
- De 2011-2012 à 2012-2013, on observe une diminution du RNMH pour l'ensemble des cas avec un résultat significativement inférieur à la moyenne du groupe de référence.
- On note aussi une diminution du RNMH pour les cas médicaux, les cas chirurgicaux et les cas sans transferts. Les RNMH pour les cas médicaux et les cas sans transferts demeurent significativement inférieurs à la moyenne de leur groupe de référence.
- À l'inverse, on note une légère augmentation du RNMH pour les cas des soins intensifs (de 82 à 85).

Hôpital Pierre-Boucher : RNMH pour les cas médicaux



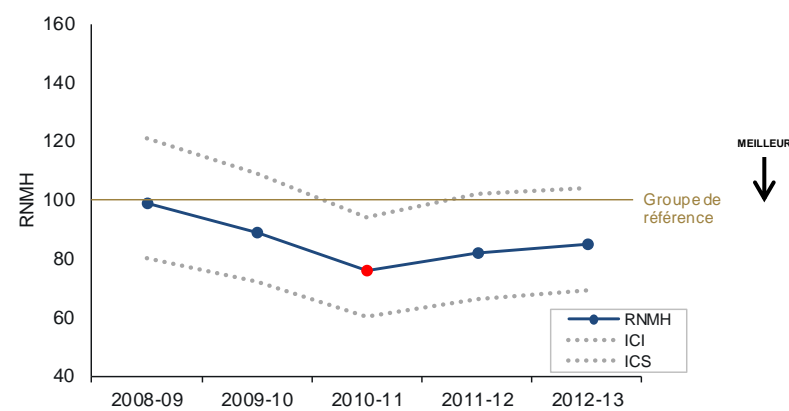
Cas	3 226	3 084	3 249	3 493	3 585
Décès	248	252	267	276	278
RNMH	82	83	82	80	75

Hôpital Pierre-Boucher : RNMH pour les cas chirurgicaux



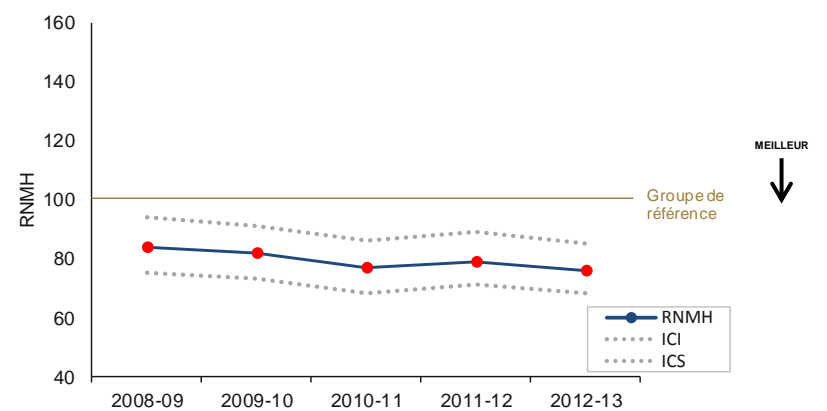
Cas	1 162	1 205	1 262	1 210	1 225
Décès	57	49	43	51	54
RNMH	106	83	73	88	85

Hôpital Pierre-Boucher : RNMH pour les soins intensifs



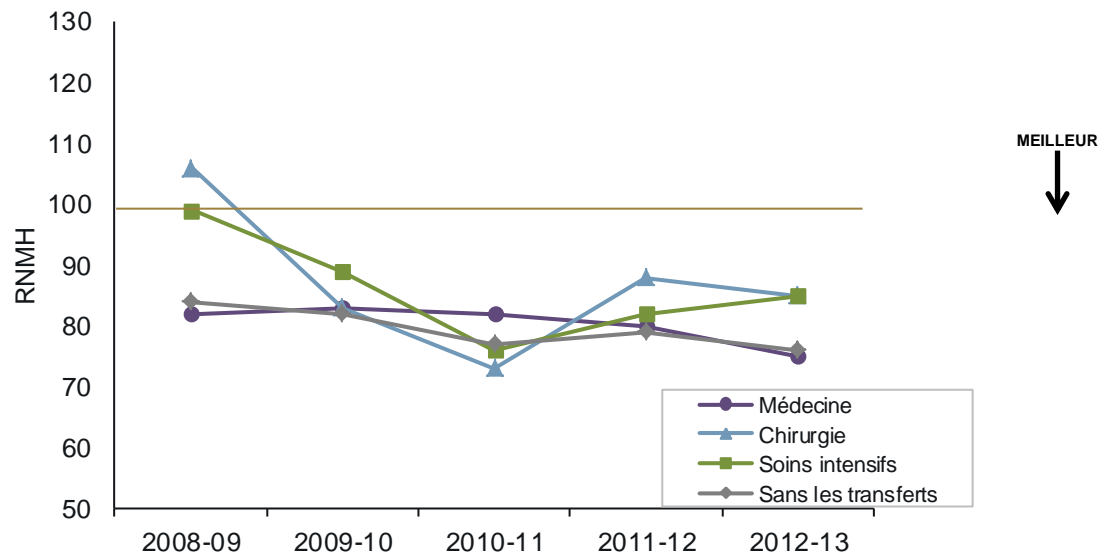
Cas	650	687	751	701	760
Décès	97	94	80	88	99
RNMH	99	89	76	82	85

Hôpital Pierre-Boucher : RNMH pour les cas sans les transferts



Cas	4 007	3 901	4 081	4 283	4 351
Décès	301	297	296	317	329
RNMH	84	82	77	79	76

Hôpital Pierre-Boucher : RNMH pour les quatre types de cas



Hôpital Pierre-Boucher : Décès par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des décès	305	301	310	327	332
Médecine	248	252	267	276	278
Chirurgie	57	49	43	51	54
Soins intensifs*	97	94	80	88	99
Sans les transferts*	301	297	296	317	329

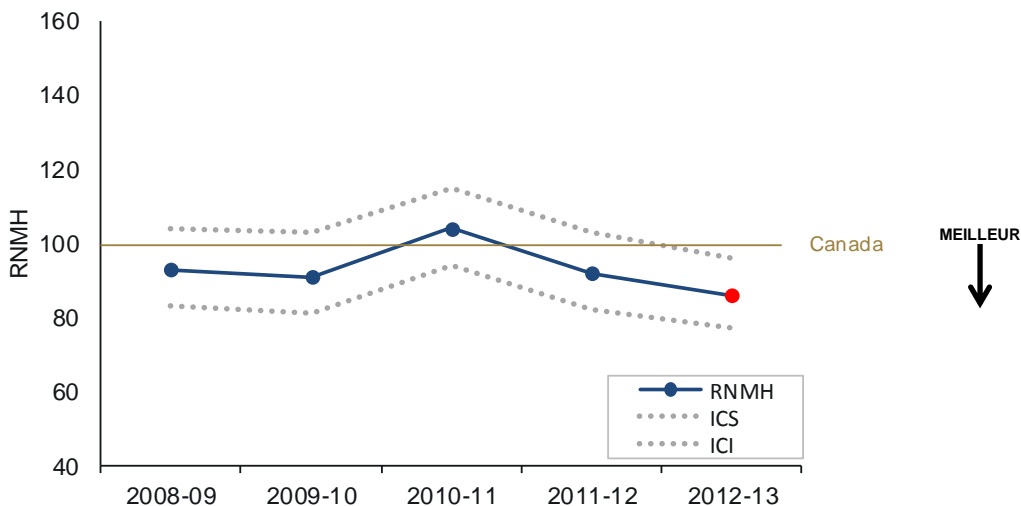
*Les décès avec séjours aux soins intensifs et les décès sans transferts sont inclus dans l'ensemble des décès.

Hôpital Haut-Richelieu : Cas RNMH par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des cas	4 225	3 962	4 203	3 919	4 581
Médecine	3 453	3 149	3 435	3 132	3 818
Chirurgie	772	813	768	787	763
Soins intensifs*	858	746	748	734	728
Sans les transferts*	4 011	3 760	4 033	3 737	4 401

*Les cas avec séjours aux soins intensifs et les cas sans transferts sont inclus dans l'ensemble des cas.

Hôpital Haut-Richelieu : RNMH pour l'ensemble des cas

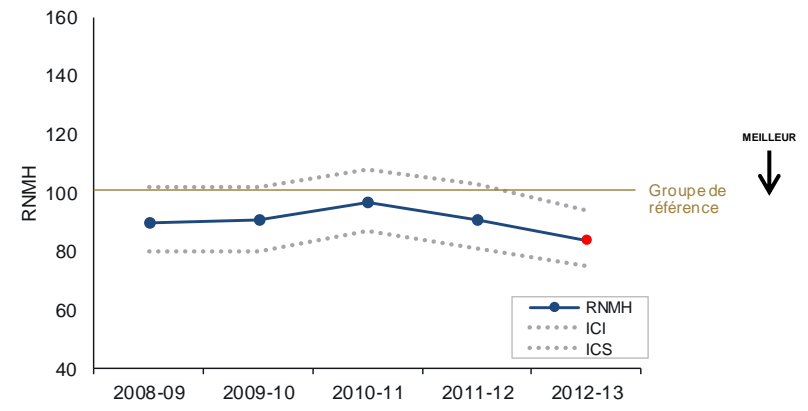


Cas	4 225	3 962	4 203	3 919	4 581
Décès	303	294	366	315	342
RNMH	93	91	104	92	86

CONSTATS

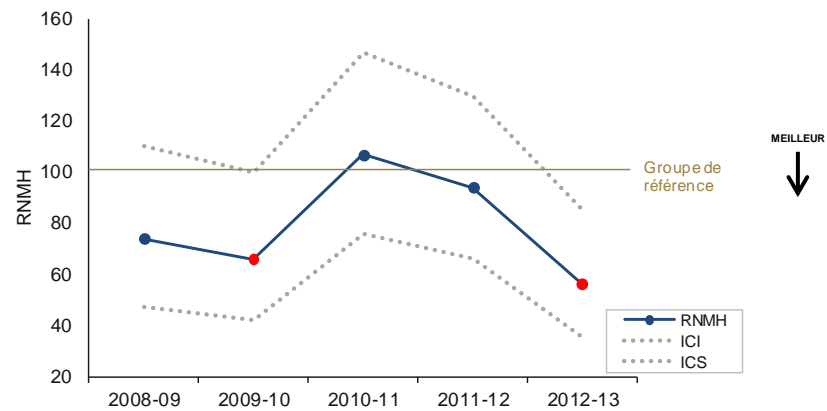
- De 2011-2012 à 2012-2013, on observe une diminution du RNMH pour l'ensemble des cas (de 92 à 86) avec un résultat significativement inférieur à la moyenne du groupe de référence.
- Pour la même période, les RNMH de chacun des types de cas présentent des diminutions, la plus marquée et celle des cas chirurgicaux (de 94 à 56).
- À l'exception du RNMH pour les soins intensifs, les résultats pour tous les types de cas sont significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence.

Hôpital Haut-Richelieu : RNMH pour les cas médicaux



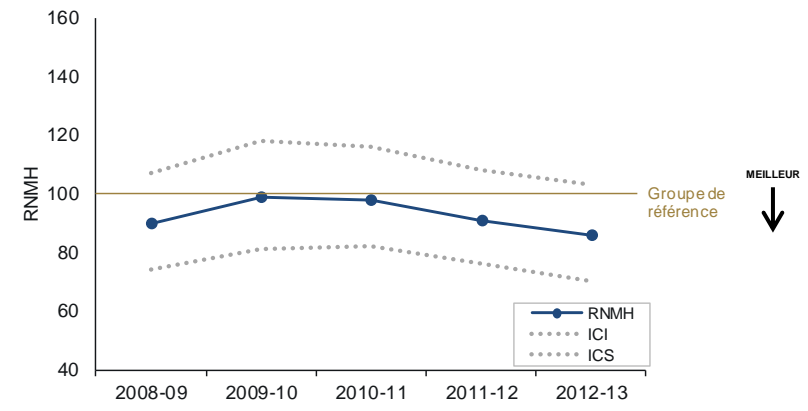
Cas	3 453	3 149	3 435	3 132	3 818
Décès	279	271	328	279	321
RNMH	90	91	97	91	84

Hôpital Haut-Richelieu : RNMH pour les cas chirurgicaux



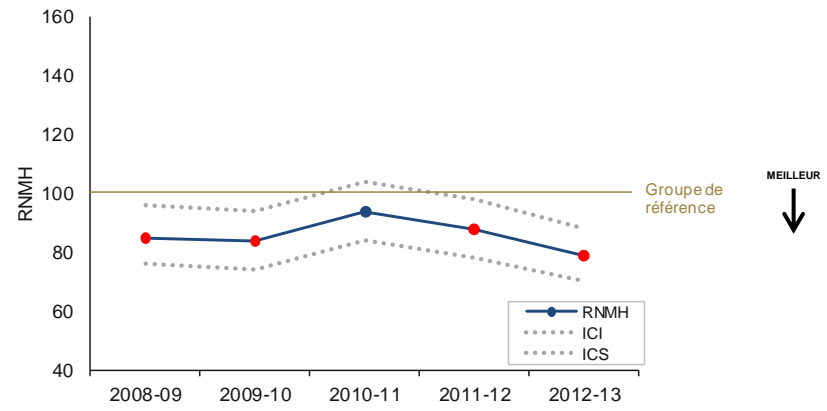
Cas	772	813	768	787	763
Décès	24	23	38	36	21
RNMH	74	66	107	94	56

Hôpital Haut-Richelieu : RNMH pour les soins intensifs



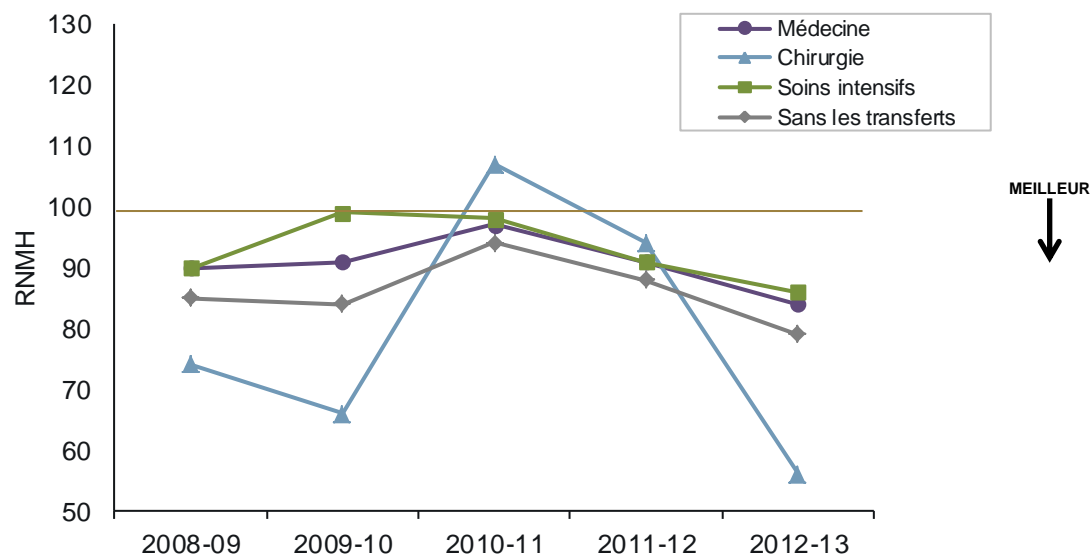
Cas	858	746	748	734	728
Décès	121	113	131	123	110
RNMH	90	99	98	91	86

Hôpital Haut-Richelieu : RNMH pour les cas sans les transferts



Cas	4 011	3 760	4 033	3 737	4 401
Décès	294	288	356	306	336
RNMH	85	84	94	88	79

Hôpital Haut-Richelieu : RNMH pour les quatre types de cas



Hôpital Haut-Richelieu : Décès par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des décès	303	294	366	315	342
Médecine	279	271	328	279	321
Chirurgie	24	23	38	36	21
Soins intensifs*	121	113	131	123	110
Sans les transferts*	294	288	356	306	336

*Les décès avec séjours aux soins intensifs et les décès sans transferts sont inclus dans l'ensemble des décès.

Hôpital Honoré-Mercier : Cas RNMH par catégorie

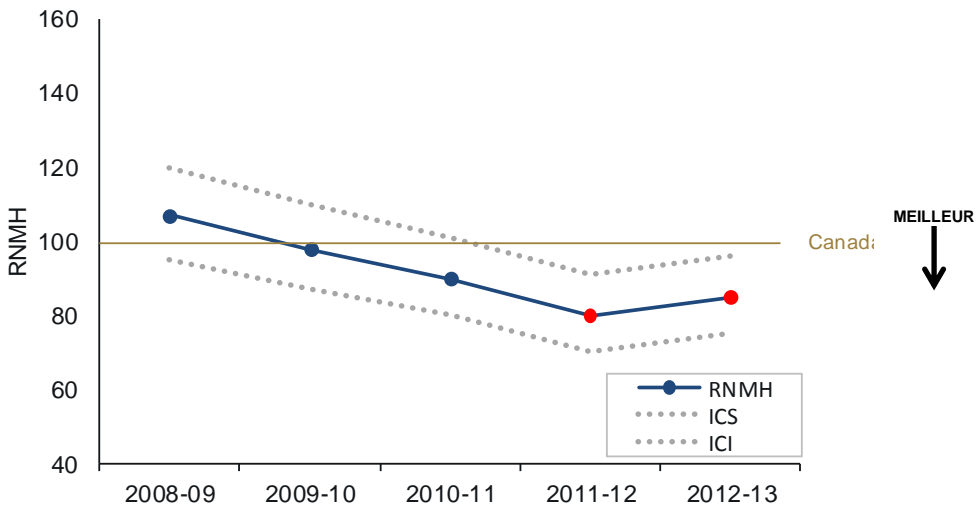
	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des cas	2 944	2 865	3 132	3 189	3 130
Médecine	2 419	2 254	2 534	2 605	2 592
Chirurgie	525	611	598	584	538
Soins intensifs*	493	456	440	410	398
Sans les transferts*	2 716	2 654	2 917	2 961	2 889

*Les cas avec séjours aux soins intensifs et les cas sans transferts sont inclus dans l'ensemble des cas.

CONSTATS

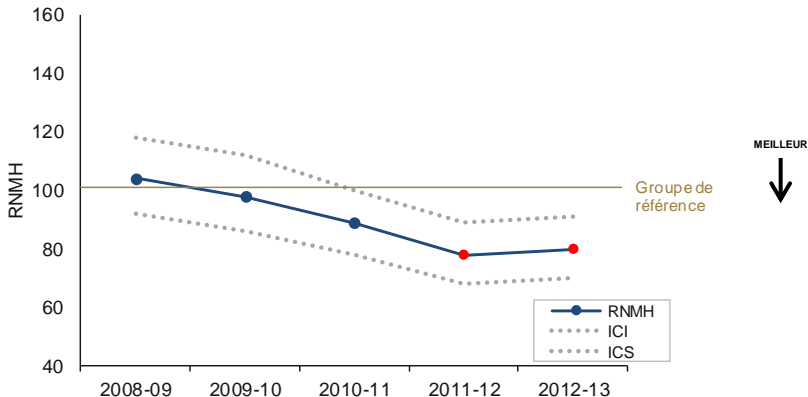
- De 2011-2012 à 2012-2013, on observe une légère augmentation du RNMH pour l'ensemble des cas (de 80 à 85) avec un résultat demeurant significativement inférieur à la moyenne du groupe de référence.
- Les RNMH pour les cas chirurgicaux et les soins intensifs connaissent des augmentations assez importantes (de 69 à 90 et de 69 à 81).
- On constate une stabilité pour le RNMH des cas médicaux et une légère croissance pour celui des cas excluant les transferts.

Hôpital Honoré-Mercier : RNMH pour l'ensemble des cas



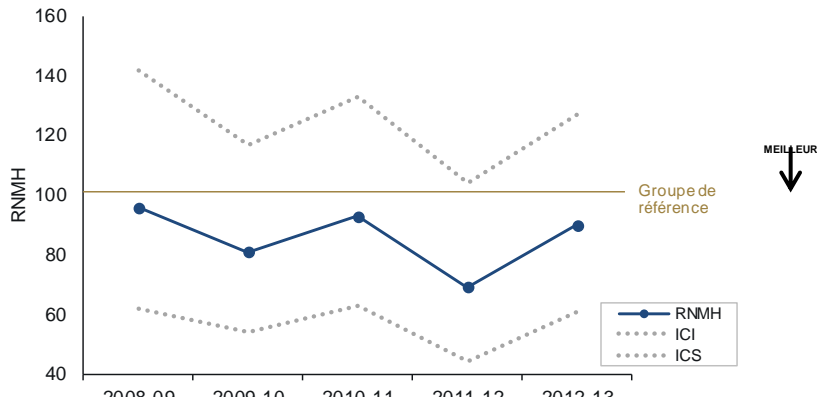
Cas	2 944	2 865	3 132	3 189	3 130
Décès	293	271	285	246	264
RNMH	107	98	90	80	85

Hôpital Honoré-Mercier : RNMH pour les cas médicaux



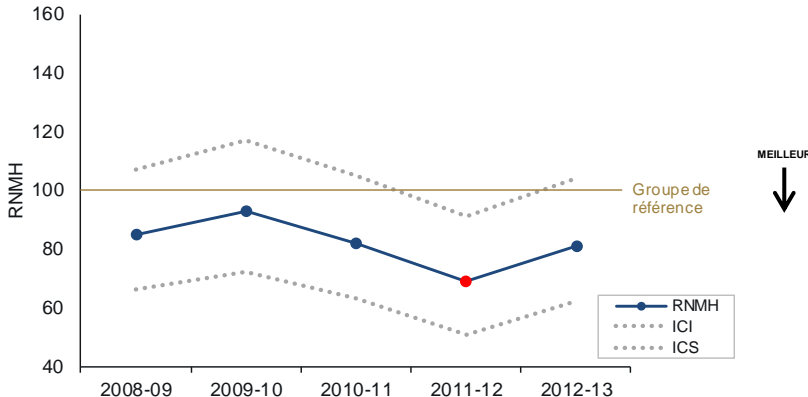
Cas	2 419	2 254	2 534	2 605	2 592
Décès	268	243	255	223	233
RNMH	104	98	89	78	80

Hôpital Honoré-Mercier : RNMH pour les cas chirurgicaux



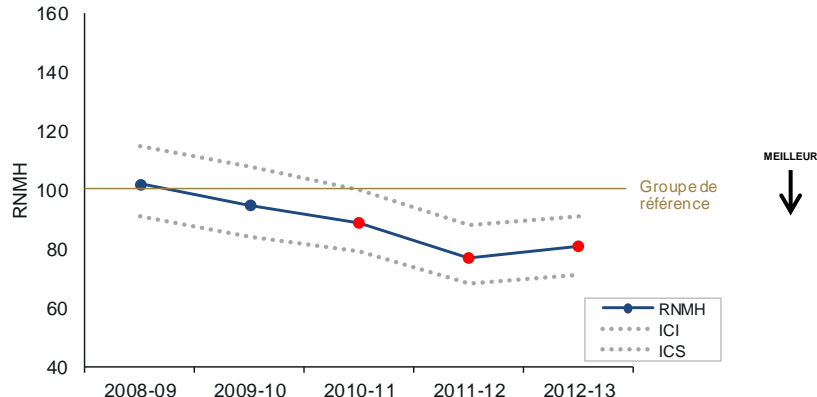
Cas	525	611	598	584	538
Décès	25	28	30	23	31
RNMH	96	81	93	69	90

Hôpital Honoré-Mercier : RNMH pour les soins intensifs



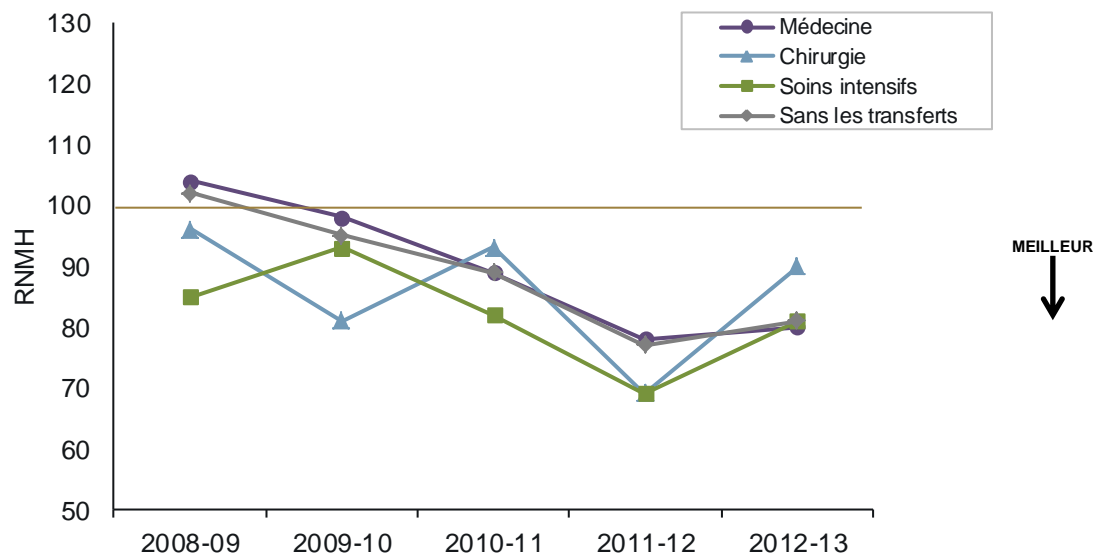
Cas	493	456	440	410	398
Décès	70	69	61	49	62
RNMH	85	93	82	69	81

Hôpital Honoré-Mercier : RNMH pour les cas sans les transferts



Cas	2 716	2 654	2 917	2 961	2 889
Décès	283	263	277	237	252
RNMH	102	95	89	77	81

Hôpital Honoré-Mercier : RNMH pour les quatre types de cas

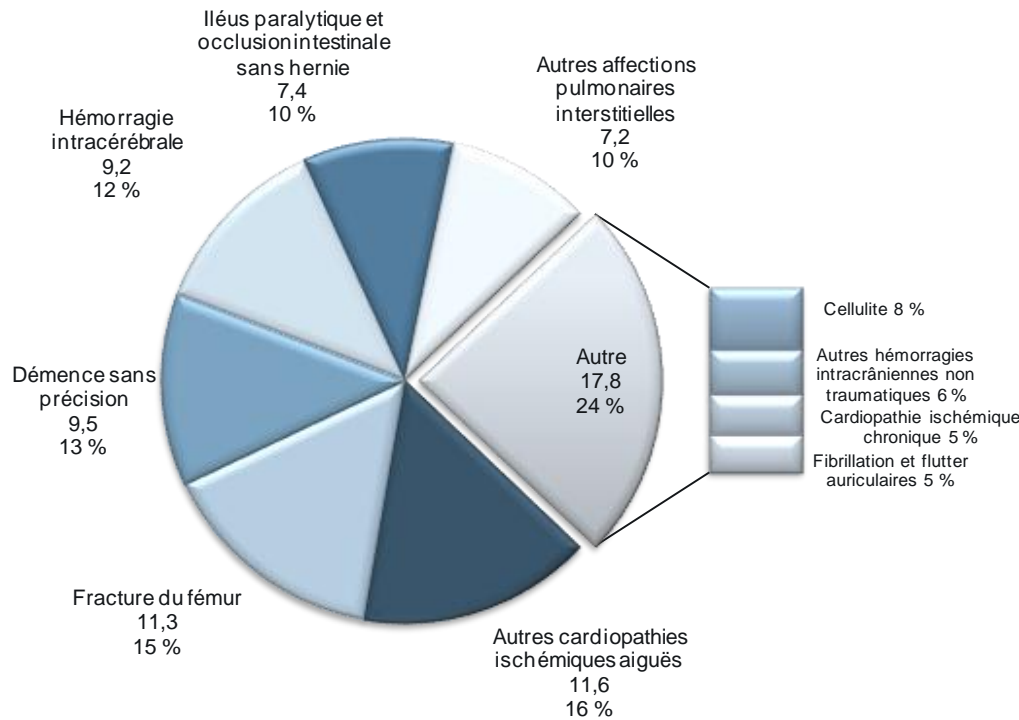


Hôpital Honoré-Mercier : Décès par catégorie

	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13
Ensemble des décès	293	271	285	246	264
Médecine	268	243	255	223	233
Chirurgie	25	28	30	23	31
Soins intensifs*	70	69	61	49	62
Sans les transferts*	283	263	277	237	252

*Les décès avec séjours aux soins intensifs et les décès sans transferts sont inclus dans l'ensemble des décès.

Montréal : Groupes de diagnostics préoccupants pour lesquels les décès observés sont supérieurs aux décès prévus, 2012-2013



Sur les 74 décès observés dépassant les décès prévus, 16 % sont associés au groupe de diagnostics Autres cardiopathies ischémiques aiguës (11,6 décès).

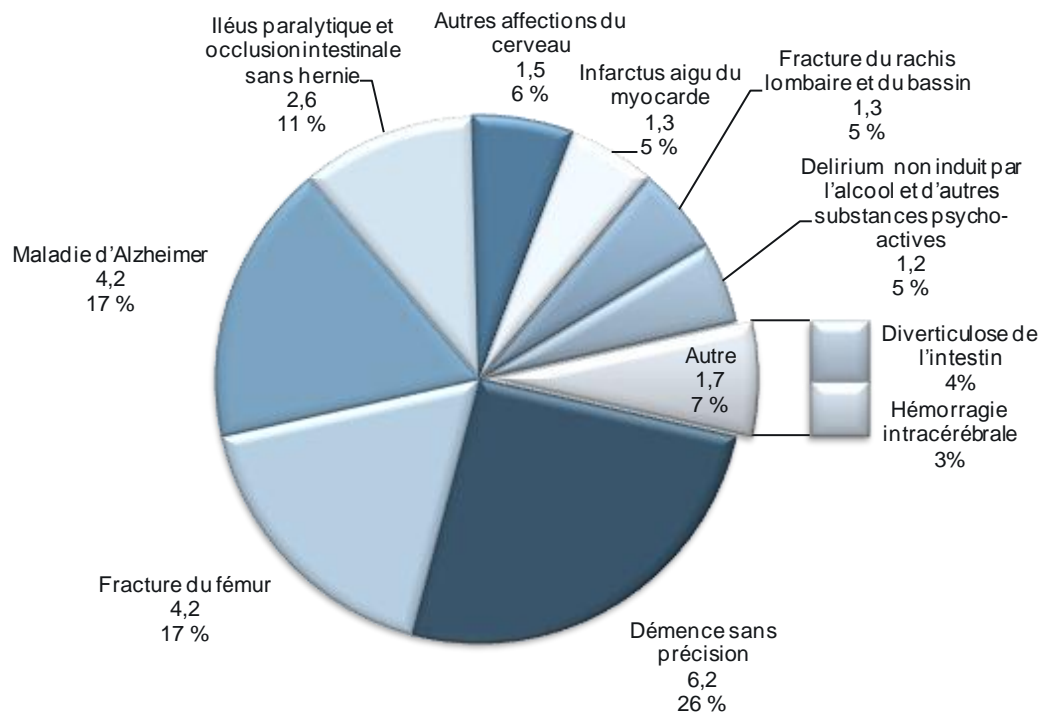
Modification du RNMH si les décès observés supplémentaires aux décès prévus diminuaient de 50 %

Hôpital	RNMH actuel	Décès supplémentaires observés	Décès supplémentaires évités (50 %)	Nouveau RNMH
Suroît	74	24,2	12,1	70
Anna-Laberge	88	30,4	15,2	82
Charles LeMoine	89	31,8	15,9	86
Pierre-Boucher	78	18,0	9,0	76
Haut-Richelieu	86	17,7	8,9	84
Honoré-Mercier	85	32,9	16,5	80
MONTÉRÉGIE	84	74,0	37,0	82

Groupes de diagnostics préoccupants	Cas RNMH	Âge moyen	Femmes	Hommes	DMS	Décès	Décès prévus	RNMH
Autres cardiopathies ischémiques aiguës	209	75,7	48 %	52 %	7,3	23	11,4	203
Fracture du fémur	1 195	77,5	70 %	31 %	17,2	91	79,7	114
Démence sans précision	296	83,5	61 %	40 %	33,3	32	22,5	142
Hémorragie intracérébrale	174	74,2	48 %	52 %	22,3	60	50,8	118

Hôpital du Suroît : Groupes de diagnostics préoccupants pour lesquels les décès observés sont supérieurs aux décès prévus, 2012-2013

TABLE DES MATIÈRES



Sur les 24 décès observés dépassant les décès prévus, 26 % sont associés au groupe de diagnostics Démence sans précision (6,2 décès).

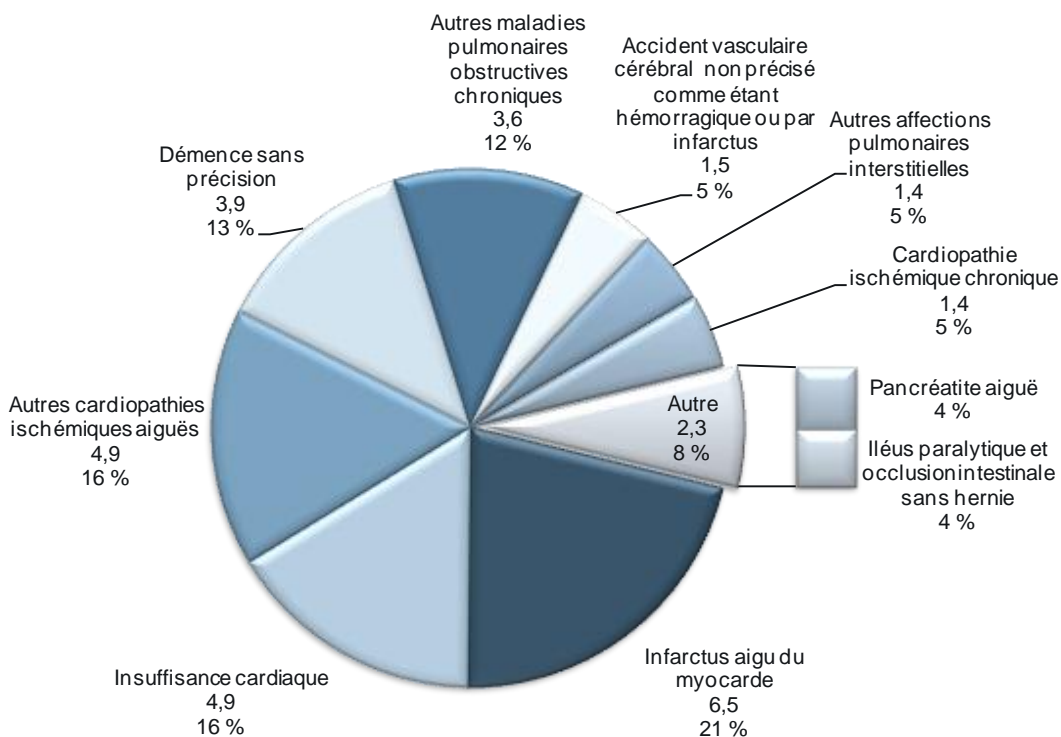
Modification du RNMH si les décès observés supplémentaires aux décès prévus diminuaient de 50 %

Hôpital	RNMH actuel	Décès supplémentaires observés	Décès supplémentaires évités (50 %)	Nouveau RNMH
Suroît	74	24,2	12,1	70

Groupes de diagnostics préoccupants	Cas RNMH	Âge moyen	Femmes	Hommes	DMS	Décès	Décès prévus	RNMH
Démence sans précision	29	81,0	66 %	35 %	35,2	8	1,8	454
Fracture du fémur	163	76,9	70 %	30 %	16,6	15	10,8	139
Maladie d'Alzheimer	22	81,5	46 %	55 %	46,0	6	1,8	328

Hôpital Anna-Laberge : Groupes de diagnostics préoccupants pour lesquels les décès observés sont supérieurs aux décès prévus, 2012-2013

TABLE DES MATIÈRES



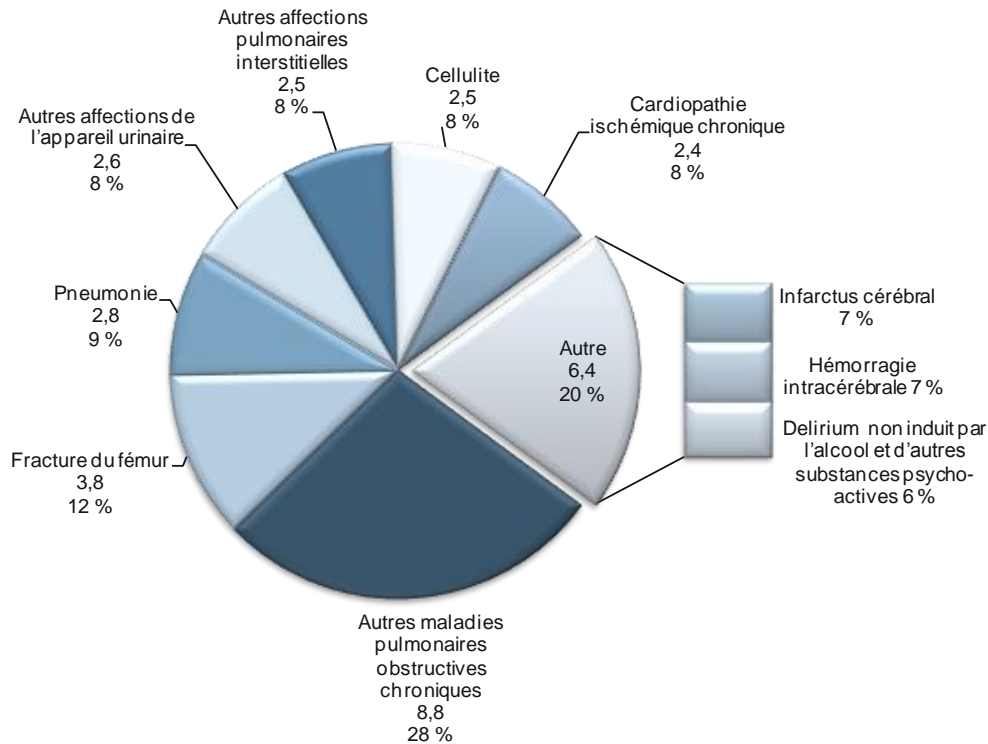
Sur les 30 décès observés dépassant les décès prévus, 21 % sont associés au groupe de diagnostics Infarctus aigu du myocarde (6,5 décès).

Modification du RNMH si les décès observés supplémentaires aux décès prévus diminuaient de 50 %

Hôpital	RNMH actuel	Décès supplémentaires observés	Décès supplémentaires évités (50 %)	Nouveau RNMH
Anna-Laberge	88	30,4	15,2	82

Groupes de diagnostics préoccupants	Cas RNMH	Âge moyen	Femmes	Hommes	DMS	Décès	Décès prévus	RNMH
Infarctus aigu du myocarde	219	68,8	36 %	64 %	7,0	22	15,5	142
Insuffisance cardiaque	164	78,0	52 %	48 %	10,8	24	19,1	125
Autres cardiopathies ischémiques aiguës	38	74,0	42 %	58 %	8,7	7	2,1	326

Hôpital Charles LeMoyné : Groupes de diagnostics préoccupants pour lesquels les décès observés sont supérieurs aux décès prévus, 2012-2013



Sur les 32 décès observés dépassant les décès prévus, 28 % sont associés au groupe de diagnostics Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques (8,8 décès).

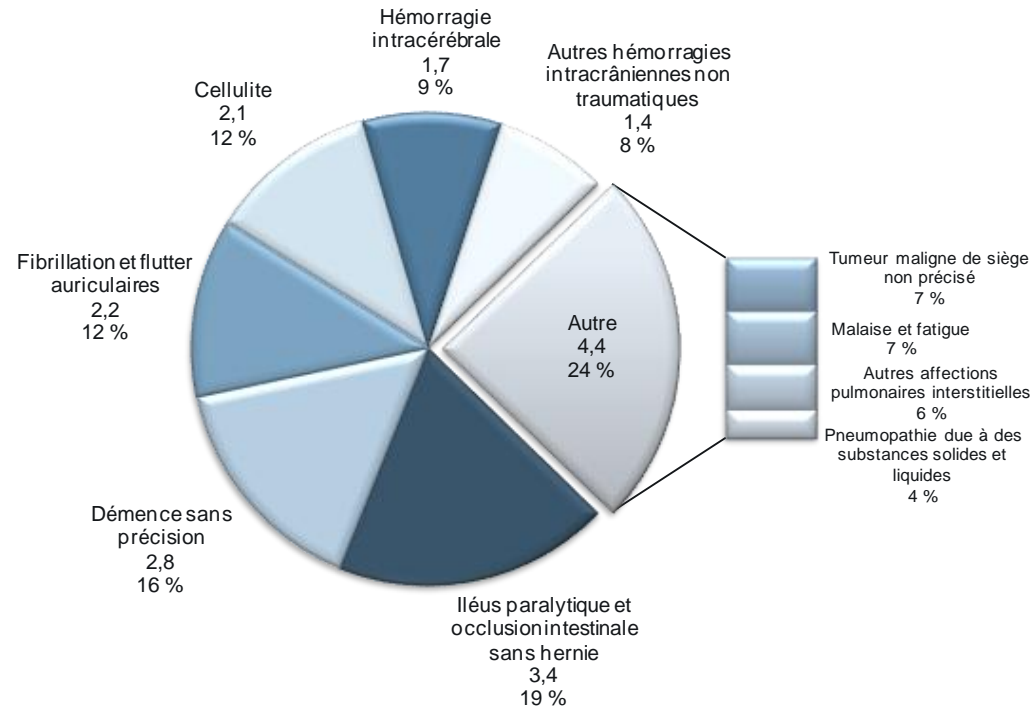
Modification du RNMH si les décès observés supplémentaires aux décès prévus diminuaient de 50 %

Hôpital	RNMH actuel	Décès supplémentaires observés	Décès supplémentaires évités (50 %)	Nouveau RNMH
Charles LeMoyné	89	31,8	15,9	86

Groupes de diagnostics préoccupants	Cas RNMH	Âge moyen	Femmes	Hommes	DMS	Décès	Décès prévus	RNMH
Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques	536	73,8	54 %	46 %	10,0	49	40,2	122
Fracture du fémur	252	77,5	66 %	34 %	17,0	19	15,2	125

Hôpital Pierre-Boucher : Groupes de diagnostics préoccupants pour lesquels les décès observés sont supérieurs aux décès prévus, 2012-2013

TABLE DES MATIÈRES



Sur les 18 décès observés dépassant les décès prévus, 19 % sont associés au groupe de diagnostics Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie (3,4 décès).

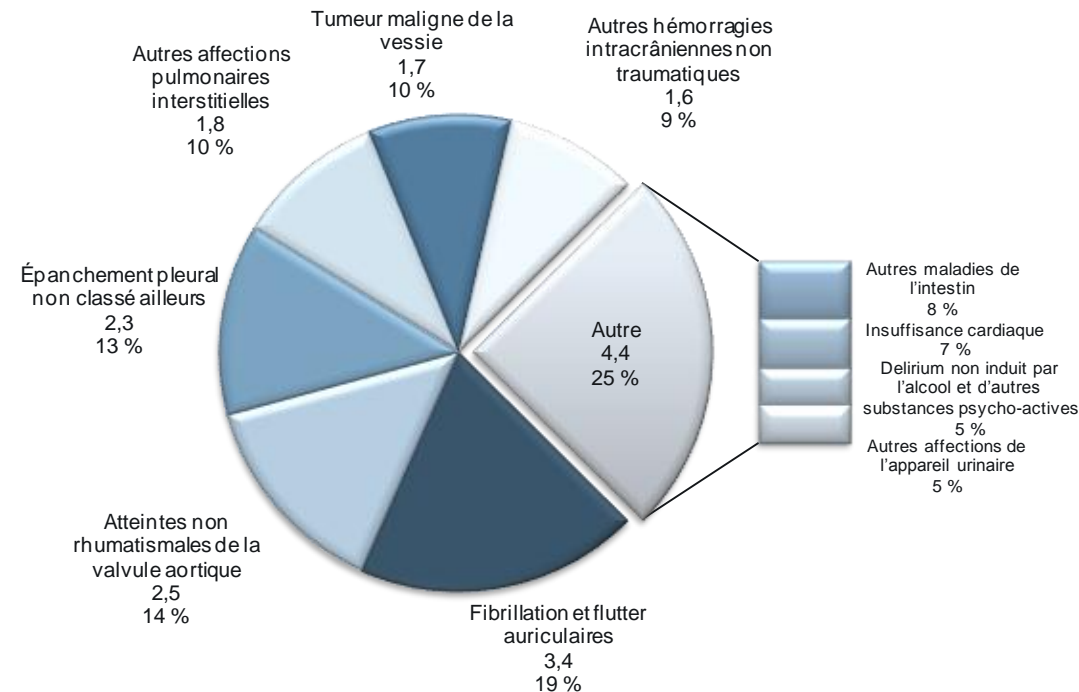
Modification du RNMH si les décès observés supplémentaires aux décès prévus diminuaient de 50 %

Hôpital	RNMH actuel	Décès supplémentaires observés	Décès supplémentaires évités (50 %)	Nouveau RNMH
Pierre-Boucher	78	18,0	9,0	76

Groupes de diagnostics préoccupants	Cas RNMH	Âge moyen	Femmes	Hommes	DMS	Décès	Décès prévus	RNMH
Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie	112	65,4	54 %	46 %	10,3	8	4,6	176
Démence sans précision	39	84,1	64 %	36 %	42,3	6	3,2	188

Hôpital Haut-Richelieu : Groupes de diagnostics préoccupants pour lesquels les décès observés sont supérieurs aux décès prévus, 2012-2013

TABLE DES MATIÈRES



Sur les 18 décès observés dépassant les décès prévus, 19 % sont associés au groupe de diagnostics Fibrillation et flutter auriculaires (3,4 décès).

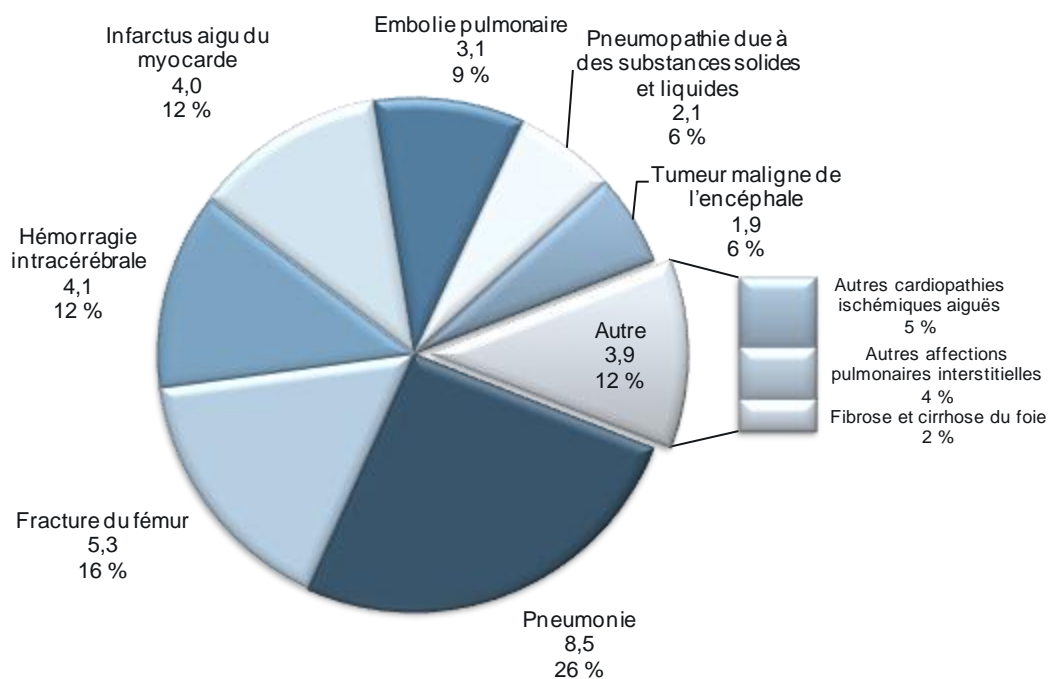
Modification du RNMH si les décès observés supplémentaires aux décès prévus diminuaient de 50 %

Hôpital	RNMH actuel	Décès supplémentaires observés	Décès supplémentaires évités (50 %)	Nouveau RNMH
Haut-Richelieu	86	17,7	8,9	84

Groupes de diagnostics préoccupants	Cas RNMH	Âge moyen	Femmes	Hommes	DMS	Décès	Décès prévus	RNMH
Fibrillation et flutter auriculaires	204	72,8	46 %	54 %	4,9	7	3,6	195
Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique	14	82,2	86 %	14 %	11,4	4	1,5	270
Épanchement pleural non classé ailleurs	15	76,5	53 %	47 %	8,3	4	1,7	237

Hôpital Honoré-Mercier : Groupes de diagnostics préoccupants pour lesquels les décès observés sont supérieurs aux décès prévus, 2012-2013

TABLE DES MATIÈRES



Sur les 33 décès observés dépassant les décès prévus, 26 % sont associés au groupe de diagnostics Pneumonie (8,5 décès).

Modification du RNMH si les décès observés supplémentaires aux décès prévus diminuaient de 50 %

Groupes de diagnostics préoccupants	Cas RNMH	Âge moyen	Femmes	Hommes	DMS	Décès	Décès prévus	RNMH
Pneumonie	212	68,4	53 %	47 %	9,0	32	23,5	136
Fracture du fémur	149	76,2	68 %	32 %	18,4	17	11,7	146

Hôpital	RNMH actuel	Décès supplémentaires observés	Décès supplémentaires évités (50 %)	Nouveau RNMH
Honoré-Mercier	85	32,9	16,5	80

Le RNMH est une mesure globale qui constitue un point de départ pour une analyse plus poussée de la mortalité hospitalière. Voici un canevas d'étapes suggérées, soulignant quelques points à considérer.

Étapes suggérées (HRET, HIS, ICIS, OHA)

1. Examiner ses données :
 - Comparer ses résultats aux RNMH moyens et suivre leur évolution dans le temps.
 - Implanter une structure de revue systématique des décès, avec une attention particulière aux spécialités ou conditions cliniques qui affichent des RNMH élevés.
 - Se pencher sur d'autres indicateurs de performance liés aux causes de mortalité.
 - Cibler les zones d'amélioration potentielle au sein de l'hôpital, en favorisant les problématiques transversales.
2. Se fixer un objectif spécifique, visible et mesurable de réduction de mortalité :
 - Impliquer des cliniciens dans la formulation des objectifs, ce qui favorisera leur participation en plus d'assurer que les cibles soient réalistes.
 - Assurer un engagement des acteurs stratégiques.
3. Prioriser et implanter des stratégies permettant l'atteinte des objectifs :
 - Tenter de s'intégrer, autant que possible, au programme d'amélioration de la qualité existant dans l'établissement des priorités.
 - Développer un plan d'action concret et formuler un échéancier à long terme, et en informer l'ensemble de l'établissement.
 - Effectuer le suivi des progrès atteints et en diffuser les résultats.

Catégories de zones d'amélioration potentielle (NHS)

Causes pouvant mener à un RNMH élevé	Exemples
Soins inappropriés et/ou prodigués dans un délai inopportun (« inappropriate and/or untimely care »)	Identification tardive de la détérioration dans l'état de santé d'un usager
Lieux inappropriés pour prodiguer les soins (« inappropriate setting of care »)	Problème d'accès aux soins pour les usagers en phase critique
Mauvaise gestion des médicaments	Complications liées à une mauvaise gestion des opiacés
Infections nosocomiales	Infections liées aux cathéters intraveineux centraux
Problématiques non cliniques	Erreurs de codification

Quelques stratégies cliniques (ICIS, IHI, ICSP)

Il existe plusieurs moyens permettant d'agir sur les zones d'amélioration exposées précédemment. Le tableau suivant présente quelques pistes de solution fréquemment citées dans la littérature portant sur les RNMH. Bien que l'objectif ultime de l'implantation de changements organisationnels de ce type soit la réduction de la mortalité, ces stratégies amélioreront également la qualité globale des soins.

Stratégies	Exemples de ressources
Soins améliorés en cas d'infarctus aigu du myocarde	Infarctus aigu du myocarde : un bon départ
Prévention et contrôle des infections	Prévention et contrôle des infections : un bon départ Point de mire : un regard national sur la sepsie
Prévention des infections liées aux cathéters intravasculaires centraux	Infections liées aux cathéters intravasculaires centraux : un bon départ
Prévention des événements iatrogènes médicamenteux	Bilan comparatif des médicaments : un bon départ
Déployer des équipes d'intervention rapide	Équipe d'intervention rapide : un bon départ
Prévention des infections du site opératoire	Infections du site opératoire : un bon départ
Prévention de la pneumonie sous ventilation assistée	Pneumonie sous ventilation assistée : un bon départ
Prévention de la thromboembolie veineuse	Thromboembolie veineuse : un bon départ
Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes	Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes : un bon départ
Prévention et gestion du délirium	Prévention et gestion du délirium : un bon départ

Health Research & Educational Trust (HRET). [Health Care Leaders Action Guide: Hospital Strategies for Reducing Preventable Mortality](#), Chicago, IL, February 2011.

Healthcare Improvement Scotland (HIS). [Using the Hospital Standardised Mortality Ratio to help improve patient care : A guide for NHS boards](#), Revised 2014.

Institut canadien d'information sur la santé. [Point de mire : un regard national sur la sepsie](#), Ottawa (Ont.), ICIS, 2009.

Institut canadien d'information sur la santé. Site web de l'ICIS, [section Ratio normalisé de mortalité hospitalière \(RNMH\)](#), Pages consultées en décembre 2012 et janvier 2013.

Institut canadien d'information sur la santé. [RNMH : Une nouvelle méthode de mesure des tendances relatives à la mortalité hospitalière au Canada](#), Ottawa (Ont.), ICIS, 2007.

Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Site web du programme [Des soins de santé plus sécuritaires, maintenant!](#), onglet Stratégies, Pages consultées en ligne le 9 janvier 2013.

Institute for Healthcare Improvement (IHI). [Move Your Dot™: Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rates Part 1](#)), IHI Innovation Series white paper, Boston, 2003.

Matrix research and consultancy. [Scoping of evidence in relation to interventions to reduce avoidable mortality](#), NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006.

National Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement. [Reducing avoidable mortality : Chief Executives lead the way](#), 2007.

National Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement. [Reducing avoidable mortality : Medical Directors drive improvement](#), 2007.

Ontario Hospital Association. [Strategies For Reducing Preventable Mortality](#). Toronto, Ontario : [En ligne], consulté le 3 janvier 2013.

Whittingdon J, Simmonds T, Jacobsen D. [Reducing Hospital Mortality Rates \(Part 2\)](#), IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement, 2005.

POINTS FORTS

Cinq principaux groupes de diagnostics

	Montérégie		Su		HAL		HCLM		HPB		HHR		HHM	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
1	Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques 4 590 295		Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques 581 24		Malaise et fatigue 91 3		Tumeur maligne des bronches et du poumon 174 22		Infarctus aigu du myocarde 621 33		Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques 875 58		Tumeur maligne des bronches et du poumon 102 11	
2	Tumeur maligne des bronches et du poumon 709 115		Insuffisance cardiaque 270 23		Sepsie 38 4		Insuffisance cardiaque 311 28		Pneumonie 247 17		Tumeur maligne des bronches et du poumon 104 19		Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques 381 20	
3	Sepsie 311 40		Tumeur maligne des bronches et du poumon 55 7		Pneumopathie due à des substances solides et liquide 42 8		Tumeur maligne secondaire d'autres sièges 39 0		Tumeur maligne des bronches et du poumon 82 14		Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs 30 0		Démence sans précision 87 3	
4	Insuffisance cardiaque 1 978 194		Infarctus cérébral 88 7		Pneumonie 145 12		Tumeur maligne du sein 121 3		Troubles vasculaires de l'intestin 58 2		Tumeur maligne du côlon 71 1		Insuffisance cardiaque 206 19	
5	Pneumonie 1 934 155		Anévrisme aortique et dissection 21 0		Tumeur maligne des bronches et du poumon 56 11		Maladie alcoolique du foie 32 2		Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques 747 55		Tumeur maligne secondaire d'autres sièges 44 3		Sepsie 48 9	

NOTE : Le classement est fait en fonction du nombre de décès inférieurs aux décès prévus.

Les données présentées par groupe de diagnostics correspondent au nombre de cas et de décès

GROUPES DE DIAGNOSTICS PRÉSENTANT DE BONS RÉSULTATS

- Tumeur maligne des bronches et du poumon (6 occurrences)
- Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques (4 occurrences)
- Insuffisance cardiaque (3 occurrences)
- Sepsie (2 occurrences)
- Pneumonie (2 occurrences)

ZONES D'AMÉLIORATION

Cinq principaux groupes de diagnostics

	Montérégie		Su		HAL		HCLM		HPB		HHR		HHM	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
1	Autres cardiopathies ischémiques aiguës		Démence sans précision		Infarctus aigu du myocarde		Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques		Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie		Fibrillation et flutter auriculaires		Pneumonie	
	209	23	29	8	219	22	536	49	112	8	204	7	212	32
2	Fracture du fémur		Fracture du fémur		Insuffisance cardiaque		Fracture du fémur		Démence sans précision		Atteintes non rhumatismales de la valvule aortique		Fracture du fémur	
	1 195	91	163	15	164	24	252	19	39	6	14	4	149	17
3	Démence sans précision		Maladie d'Alzheimer		Autres cardiopathies ischémiques aiguës		Pneumonie		Fibrillation et flutter auriculaires		Épanchement pleural non classé ailleurs		Hémorragie intracérébrale	
	296	32	22	6	38	7	430	35	213	6	15	4	26	14
4	Hémorragie intracérébrale		Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie		Démence sans précision		Autres affections de l'appareil urinaire		Cellulite		Autres affections pulmonaires interstitielles		Infarctus aigu du myocarde	
	174	60	78	6	42	7	116	6	132	5	14	5	169	15
5	Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie		Autres affections du cerveau		Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques		Autres affections pulmonaires interstitielles		Hémorragie intracérébrale		Tumeur maligne de la vessie		Embolie pulmonaire	
	699	43	10	6	501	42	20	7	22	7	44	3	41	6

NOTE : Le classement est fait en fonction du nombre de décès supplémentaires aux décès prévus.
Les données présentées par groupe de diagnostics correspondent au nombre de cas et de décès

GROUPES DE DIAGNOSTICS PRÉSENTANT DE FAIBLES RÉSULTATS

- Fracture du fémur (3 occurrences)
- Démence sans précision (3 occurrences)
- Hémorragie intracérébrale (2 occurrences)
- Iléus paralytique et occlusion intestinale sans hernie (2 occurrences)