

Comment mener une vérification

Programme de gestion de la qualité concernant les
visites répétitives aux urgences

Novembre 2022

**Programme de
gestion de la qualité
concernant les
visites répétitives
aux urgences**



TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
Contexte	3
Types de visites répétitives aux urgences.....	3
Rapports de données.....	4
Vérifications	4
Processus de vérification	5
Aperçu.....	5
Comment mener une vérification.....	6
Partie 1 : Effectuer le tri des cas afin de cerner ceux nécessitant une évaluation plus poussée	6
Partie 2 : Analyser les cas sélectionnés.....	10
Réflexion sur les résultats de la vérification.....	23
Références	24

Introduction

Le programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences est une initiative qui vise à mettre l'accent sur la qualité des soins aux SU pour compléter les indicateurs de rendement qui font partie du Programme de financement axé sur les résultats (FAR). Ce programme a été recommandé par un groupe de travail disposant d'une expertise en amélioration de la qualité, incluant des médecins du service des urgences ainsi que des représentants d'un certain nombre d'organisations de parties prenantes, y compris le Ministère de la santé, le Ministère des soins de longue durée et les organisations patrimoniales Accès aux soins et Qualité des services de Santé Ontario (qui font maintenant toutes deux partie de Santé Ontario).

Dans le cadre du programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences, on remet aux hôpitaux des rapports trimestriels de données résumant leur rendement à l'égard de deux types de visites répétitives aux urgences, et les hôpitaux effectuent des vérifications de routine et aléatoires des visites répétitives afin de cerner et de comprendre leurs causes sous-jacentes. Les hôpitaux présenteront les résultats de ces vérifications à leur chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration et soumettront les résultats à Santé Ontario chaque année. Santé Ontario préparera ensuite des résumés et des rapports sur les principaux problèmes de qualité et les thèmes découverts, ainsi que sur les stratégies d'amélioration cernées, de manière à ce que ces principales leçons puissent être partagées entre les hôpitaux afin de soutenir l'amélioration continue de la qualité.

Ce programme vise à ce que les hôpitaux réfléchissent sur les causes des visites répétitives aux urgences pour cerner les domaines d'amélioration de la qualité, plutôt que de se concentrer uniquement sur la réduction du taux de visites répétitives.

Contexte

Types de visites répétitives aux urgences

Les visites répétitives aux urgences ont été placées au centre de ce programme en se fondant sur la documentation scientifique qui permet de penser qu'elles constituent des « éléments déclencheurs » utiles afin de cerner les événements indésirables et les problèmes de qualité (c.-à-d. les événements indésirables liés aux soins reçus au cours de la consultation de référence)^{1, 2}. Dans le cadre de ce programme, un certain nombre de cas correspondant aux définitions de deux types de visites répétitives seront vérifiés afin de cerner et d'analyser tout événement indésirable et tout problème de qualité. Les définitions de ces deux types de visites répétitives se lisent comme suit :

1. Nombre et pourcentage de visites répétitives aux urgences dans les 72 heures suivant le congé après la consultation initiale sans admission aux urgences, au même hôpital ou à un autre hôpital, qui donnent lieu à une admission dans une unité de soins aux patients hospitalisés à la deuxième consultation.
2. Nombre et pourcentage de visites répétitives aux urgences dans les sept jours suivant le congé de la consultation initiale sans admission aux urgences, au même hôpital ou à un autre hôpital, qui donnent lieu à une admission dans une unité de soins aux patients hospitalisés à la deuxième consultation avec un diagnostic sentinelle (hémorragie sous-arachnoïdienne, infarctus aigu du myocarde [IAM] et sepsie pédiatrique) et avec un diagnostic pertinent consigné dans la consultation initiale sans admission aux urgences).

Ces définitions ont été sélectionnées à la suite d'un examen des documents et en fonction de facteurs tels que la disponibilité et l'application de données dans un large spectre de cas et de SU² à⁵. Les visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, ont été choisies pour fournir des renseignements généraux sur les causes de diverses visites répétitives aux urgences. Les visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles ont été choisies pour restreindre le champ d'intérêt aux diagnostics pour lesquels il existe une forte probabilité d'invalidité ou de décès résultant d'un mauvais diagnostic.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ces types de visites répétitives, y compris les caractéristiques techniques, voir la page 12 dans le [Document d'orientation du programme](#) ou communiquer avec Accès aux soins à l'adresse ATC@ontariohealth.ca.

Rapports de données

Les rapports de données résumant le nombre et le taux de cas correspondant aux définitions de ces deux indicateurs sont accessibles grâce à l'outil iPort Access^{MC}. Veuillez consulter la page 9 dans le [Document d'orientation du programme](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur l'accès à des rapports sur les données.

Vérifications

Les hôpitaux vérifieront un certain nombre de cas de visites répétitives aux urgences. Ces cas seront sélectionnés à partir des rapports sur les données fournis par Accès aux soins.

Nombre et type de cas à vérifier

Toutes les visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles *doivent* être vérifiées. En plus de ces cas, une sélection aléatoire de visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, sera vérifiée jusqu'à ce que le nombre de cas soit atteint. Le nombre minimal de vérifications à mener sera de **50 cas**.

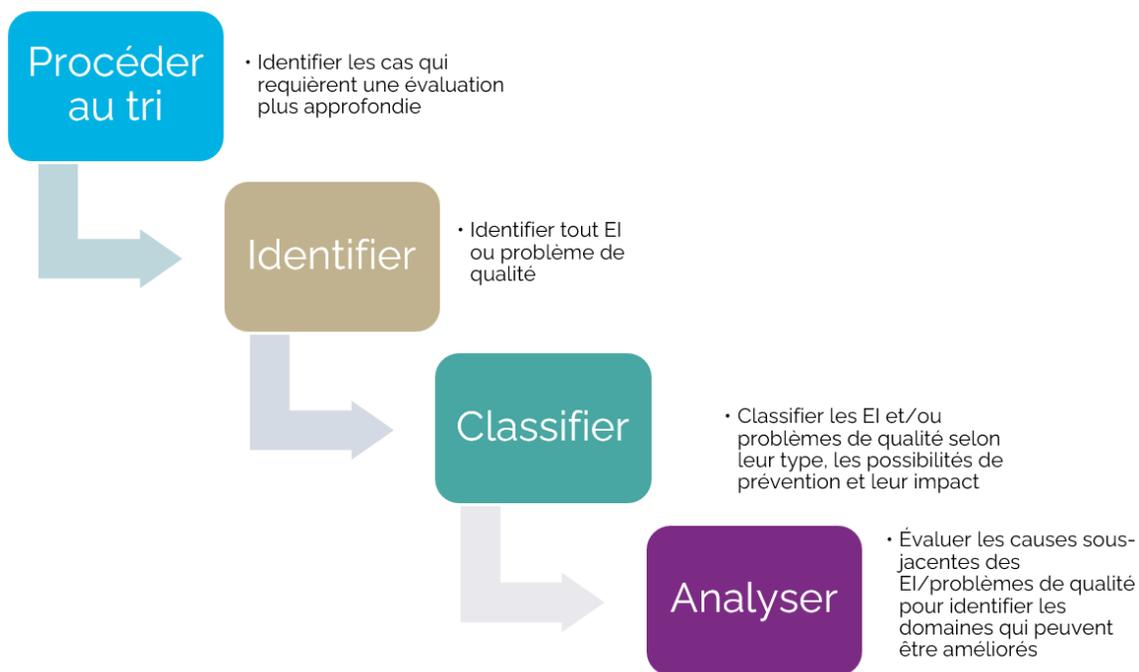
Ces exigences sont appliquées selon l'établissement; par conséquent, les organismes qui comptent plusieurs établissements seront tenus de procéder à un minimum de 50 vérifications pour chaque SU.



Processus de vérification

Aperçu

Le processus de vérification ci-dessous est fondé sur une étude des événements indésirables chez les patients qui ont effectué des visites répétitives aux urgences² :



*EI—événement indésirable.

Comment mener une vérification

Comme indiqué ci-dessus, les vérifications consisteront en un processus de tri initial (partie 1) suivi d'une analyse en plusieurs étapes et plus approfondie de certains cas sélectionnés au cours du processus de tri (partie 2). L'analyse approfondie de ces cas devrait être menée par un urgentologue. Si, à quelque point que ce soit, un examinateur médecin est incertain de son examen, il faut discuter du cas avec d'autres examinateurs (lorsque cela est possible), jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Un autre professionnel de la santé qualifié (p. ex., un infirmier, un adjoint au médecin, etc.) peut effectuer le processus de tri. Cette personne doit bien connaître l'objectif du programme et elle doit être désignée comme responsable de réaliser cette partie de la vérification.

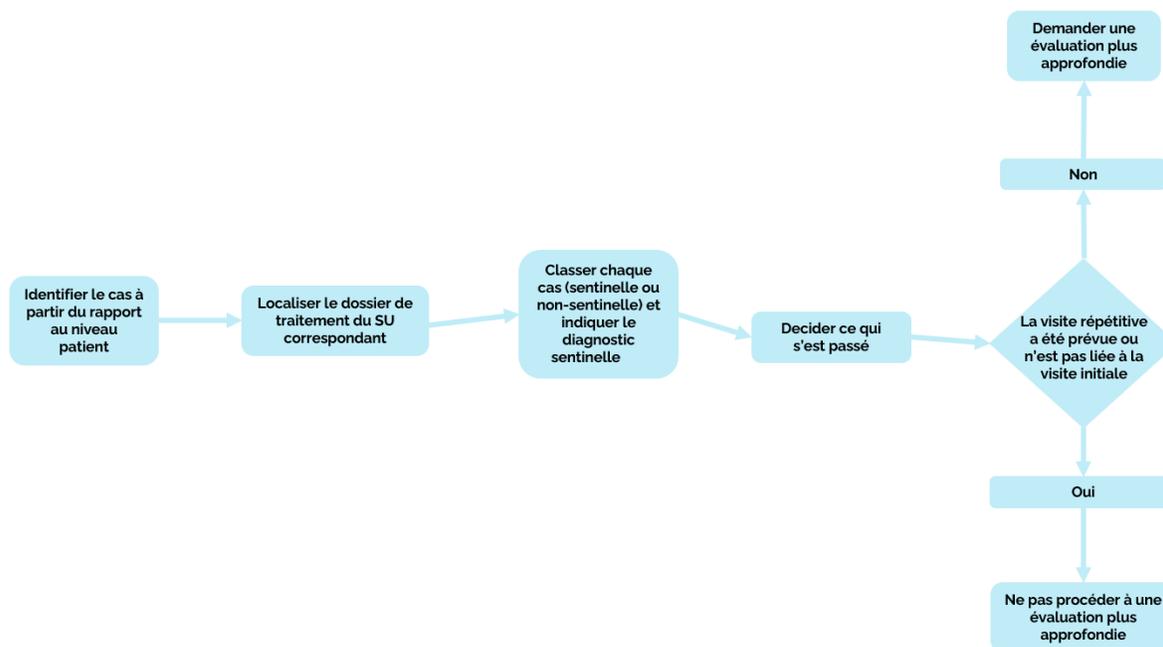
La partie suivante vous présente toutes les étapes de la mise en œuvre d'une vérification. Vous pouvez vous aider du modèle de vérification, disponible sur [ED Return Visit Quality Program website](#).

Partie 1 : Effectuer le tri des cas afin de cerner ceux nécessitant une évaluation plus poussée

Ce processus de tri vise à effectuer une évaluation préliminaire de chaque cas afin de cerner et d'exclure de toute analyse plus poussée tout cas où les visites répétitives n'étaient pas liées aux consultations de référence et (ou) aux consultations prévues.

Vous trouverez ci-dessous un aperçu du processus de tri ainsi que des directives détaillées pour chaque étape.

Schéma 1. Aperçu du processus de tri. Appliquez ce processus à tous les cas de diagnostics sentinelles dans le rapport de niveau patient d'abord. Répétez le processus pour les cas de diagnostics non-sentinelles jusqu'au moment où vous aurez évalué 50 cas.



Déterminer les cas nécessitant une évaluation

Commencer par examiner les rapports de données agrégées et les rapports relatifs aux patients fournis par Accès aux soins. Si vous n'avez pas encore reçu ces rapports, veuillez consulter la question n° 8 dans la [Foire aux questions](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'y accéder.

Dans le rapport sur les données agrégées, se reporter à la colonne intitulée « Volume de patients admis avec diagnostic sentinelle dans un délai de 7 jours suivant la date de consultation aux urgences (sans admission) », afin de déterminer combien de visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles surviennent chaque trimestre. Identifier ces cas dans votre rapport relatif aux patients en repérant les personnes ayant répondu « Oui » dans la colonne intitulée « Retour dans les 7 jours, sentinelle ». **Tous ces cas devront être vérifiés.**

Tous les cas indiquant un « Non » dans la colonne intitulée « Retour dans les 7 jours, sentinelle » correspondent aux critères des visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues. Sélectionner un échantillon aléatoire de ces cas à vérifier jusqu'à ce que, combinés avec les cas sentinelles, le nombre minimal de cas par année soit atteint. Vous pouvez également sélectionner des cas représentant les priorités de votre établissement. Sachez toutefois qu'en procédant ainsi, il se peut que vous passiez à côté d'autres cas révélateurs de problèmes inconnus.

En vous servant du numéro du dossier médical comme numéro d'identification de cas, extraire les cas sélectionnés de votre système de dossiers des patients. Une fois l'accès au dossier du patient obtenu, passer à l'étape suivante. Une fois que vous aurez accédé au dossier du patient, effacez tous les renseignements de santé personnels (RSP) et passez à l'étape suivante.

Classer chaque cas comme sentinelle ou non sentinelle, et préciser le diagnostic sentinelle le cas échéant (colonnes A, B, and C)

- Pour les cas sentinelles, choisir l'option « Sentinelle » dans la colonne intitulée « Sentinelle c. non sentinelle » du modèle de vérification et indiquer le type de diagnostic sentinelle (hémorragie sous-arachnoïdienne, IAM ou sepsie pédiatrique), dans la colonne « Diagnostic sentinelle » du modèle de vérification.
- Pour les cas non sentinelles, choisir l'option « Non sentinelle » dans la colonne intitulée « Sentinelle c. non sentinelle » du modèle de vérification et sélectionner « S.O. » dans la colonne « Diagnostic sentinelle » du modèle de vérification.

A	B	C
Case #	Sentinelle vs Non-Sentinelle p. 7	Sentinelle Diagnosis p. 7
	Non-Sentinelle	
		H
	Sentinelle	
	Non-Sentinelle	

Décrire ce qui s'est produit à la consultation initiale et à la deuxième consultation (colonnes D et E)

- Pour chaque cas, rédigez une réponse en forme libre à la question « Veuillez décrire ce qui s'est passé » dans la colonne Récit du modèle de vérification. Merci d'expliquer avec vos propres mots, ce qui s'est passé pendant la 1^{ère} visite, puis ce qui s'est passé pendant la 2^e visite. 2. Reportez-vous aux cas hypothétiques en haut du modèle pour consulter les instructions sur la nature des informations à inclure ici ; il n'est pas suffisant d'inclure le code de diagnostic.
- Merci d'effacer tous les renseignements de santé personnels de votre récit.
- Il peut arriver que vous soyez incapable d'accéder au dossier du traitement des urgences parce que la visite répétitive du patient a eu lieu dans un autre hôpital. Pour ces cas, simplement indiquer le diagnostic d'admission de la

For completion By qualified health care provider	
D	E
Summary of Visit 1 (Please describe what happened) p. 7	Summary of Visit 2 (Please describe what happened) p. 7
Patient presents to ED with 5 days abdominal pain, no fever, lab work normal but some peritoneal findings. EP review of abdominal CT is normal; not reviewed by diagnostic imaging. Patient advised that doctor will call if CT abnormal	Patient called back to ED after official review of CT shows a perforated duodenum. Patient admitted.

deuxième consultation, comme indiqué dans votre rapport relatif aux patients, et indiquer que la deuxième consultation a eu lieu dans un autre hôpital.

Ne pas inclure les cas de consultations prévues ou de visites répétitives sans lien avec la première consultation de l'examen approfondi (colonne F)

- À l'aide de votre rapport des données à l'échelle du patient et du dossier de traitement des urgences, ne pas inclure dans l'examen approfondi les cas pour lesquels la deuxième consultation était prévue ou était due à des blessures ou des maladies aucunement liées à la première consultation en sélectionnant l'option « Aucune analyse supplémentaire requise » dans la colonne « Résultat du tri » du modèle de vérification. Aucun champ supplémentaire dans le modèle ne doit être rempli pour ces cas.
 - Presque tous les cas comprendront des visites répétitives imprévues, parce que la plupart des cas comprenant des visites répétitives prévues seront éliminés dans le processus de collecte de données et n'apparaîtront pas dans votre rapport global ou dans le rapport relatif au patient.
 - On s'attend à ce que presque tous les cas sentinelles comprennent des visites répétitives liées à la consultation de référence, parce que les diagnostics posés à l'occasion des deux consultations ont été « jumelés ». Par conséquent, il est probable que presque tous les cas sentinelles soient acceptés pour un examen approfondi.
- Si un cas n'est pas éliminé (c.-à-d. si les visites de référence et répétitive sont liées et non planifiées), choisir l'option « Une analyse plus poussée doit être effectuée » dans la colonne « Résultat du tri » du modèle de vérification.

The image shows a screenshot of a form. At the top, there is a header labeled 'F'. Below it, a box contains the text 'Screening Result p. 8'. Underneath this box is a dropdown menu with the text 'Further analysis required'. A blue bar highlights the dropdown menu, and a small window below it shows two options: 'No further analysis required' (highlighted in blue) and 'Further analysis required'.

Cela complète le volet tri de la vérification.

Veillez noter que les événements indésirables et (ou) les problèmes de qualité pourraient encore être définis dans les cas qui ont été éliminés de l'examen plus approfondi après ce processus de tri; ils sont, cependant, moins susceptibles d'être trouvés et, à des fins d'efficacité, exclus de l'examen plus approfondi.

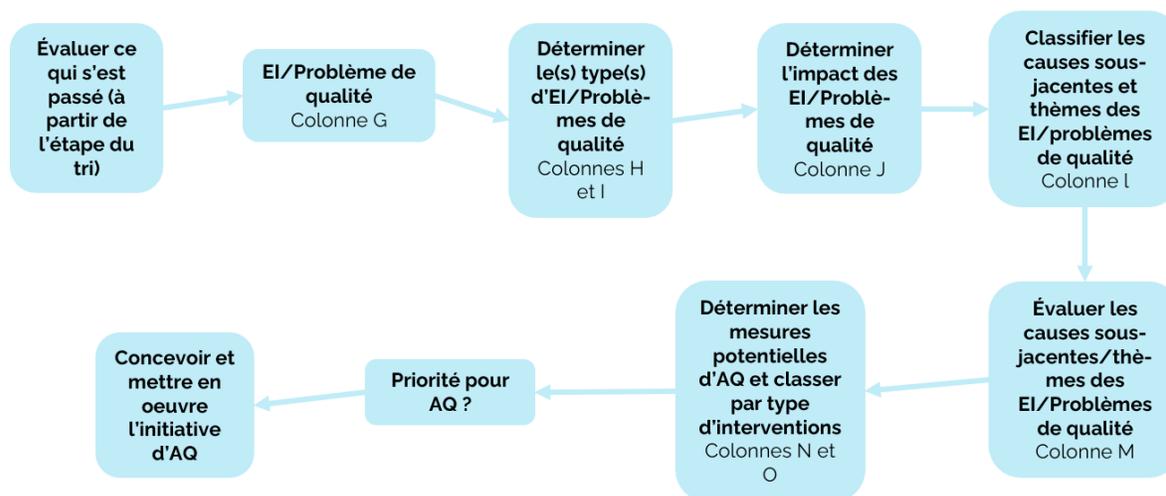
La prochaine partie du processus de vérification (2e partie, surlignée en vert dans le modèle de vérification) devrait être remplie par un médecin du service des urgences.

Partie 2 : Analyser les cas sélectionnés

Les cas qui ont été désignés comme nécessitant une analyse plus poussée durant le processus de tri de la vérification passeront à la partie 2 de la vérification – Analyse menée par un urgentologue. L'objectif de la partie 2 est d'utiliser les résultats du processus de tri, les dossiers médicaux et le jugement clinique afin de cerner tous les événements indésirables ou les problèmes de qualité, de classer les événements indésirables ou les problèmes de qualité en fonction de leur type et de leur incidence, de découvrir les causes sous-jacentes et d'élaborer des mesures potentielles d'amélioration de la qualité.

Le schéma 2 offre un aperçu du processus d'analyse. Vous trouverez des instructions détaillées pour chaque étape ci-après.

Schéma 2. Processus d'examen par un médecin du SU. Merci d'appliquer ce processus dans tous les cas requérant une analyse plus approfondie, tel qu'identifié dans le processus de tri.



Procéder à l'examen des cas sélectionnés et déterminer les événements indésirables ou les problèmes de qualité (colonne G)

- Pour chaque cas dont le résultat indique « Une analyse plus poussée doit être effectuée » (colonne F), passer en revue les résumés de la première et de la deuxième consultation dans le modèle de vérification (colonnes D et E).
 - Si la description de la deuxième consultation indique qu'elle a eu lieu dans un établissement différent, poursuivre l'analyse en se fondant sur le résumé de la consultation initiale et le diagnostic d'admission de la deuxième consultation. L'analyse devrait être axée sur la consultation initiale, car c'est à ce moment que les événements indésirables et les problèmes de qualité sont plus susceptibles d'avoir eu lieu.

G	
AE(s)/Quality Issue(s) p. 10	
Yes	Un
Yes	No

- Utiliser les résumés des deux consultations, les dossiers médicaux et le jugement clinique pour cerner les événements indésirables ou les problèmes de qualité. Les événements indésirables ou les problèmes de qualité sont les résultats indésirables liés aux soins reçus durant la consultation de référence. Déterminer si le résultat pour ce patient aurait pu être différent si on lui avait prodigué des soins différents pendant la consultation de référence.
- Lorsqu'il n'y a aucun événement indésirable ou problème de qualité (p. ex., lorsque les visites répétitives sont le résultat de l'évolution naturelle de la maladie), sélectionner « Aucun événement indésirable / Problème de qualité cerné » dans la colonne « Événement(s) indésirable(s) / Problème(s) de qualité » du modèle. Pour ces cas, il n'est pas nécessaire de remplir les autres champs du modèle.

Classifiez les EI/Problèmes de qualité (Colonnes H et I)

- Classifiez chaque EI ou problème de qualité par type (colonnes H et I). Les groupes sont à présent en mesure d'identifier l'EI ou le problème de qualité principal dans la colonne H et un second EI ou problème de qualité dans la colonne I.
- Reportez-vous aux définitions suivantes du tableau 1 ci-dessous (Basé sur Calder et al, 2015)²:

H	I
Type(s) of AE(s)/Quality Issue(s) p. 10- Primary response (REQUIRED)	Type(s) of AE(s)/Quality Issue(s) p. 10- Secondary response (OPTIONAL)
Unsafe discharge disposition or decision	Suboptimal discharge follow up
<ul style="list-style-type: none"> Diagnosis Management of patient Medication adverse event Procedural complication Suboptimal discharge follow up Unsafe discharge disposition or decision Access / Service not available 	Procedural complication

- Sélectionnez le type dans la colonne « Type(s) d'EI/Problème(s) de qualité » du modèle de vérification. Si aucun des types indiqués ne semble convenir, ignorez le menu déroulant et indiquez un type qui, à votre avis, décrit le mieux le problème dans la cellule correspondante.

Tableau 1. Problèmes de qualité et leurs définitions

El/Problème de qualité	Définition
Diagnostic	Ne pas agir en présence de signes, symptômes, résultats de tests de laboratoire ou d'imagerie et omettre de demander que l'on procède à un test diagnostique.
Problème de gestion	Plan de gestion sous-optimal malgré la présence d'un diagnostic exact ou basé sur un diagnostic inexact.
Réaction indésirable à un médicament	Se produit quand un patient ressent un symptôme lié à la prise d'un médicament, que ce médicament ait été prescrit et pris de manière appropriée ou non.
Complication suivant une procédure	Se produit quand un patient ressent des effets indésirables suite à une procédure.
Suivi de sortie d'hôpital sous-optimal	Problèmes dans le cadre d'un suivi qui ont entraîné le développement de nouveaux symptômes ou la prolongation d'anciens symptômes. Ceci peut être dû à un problème de disponibilité en matière de rendez-vous de suivi ou à un suivi inapproprié.
Décision de renvoyer un patient chez lui non sécuritaire	Quand un patient court un risque indu de décéder ou d'être victime d'une invalidité grave après avoir été renvoyé chez lui.
Accès/Service non disponible	Quand un service (par exemple le service des échographies) n'est pas disponible au moment voulu

Classifiez l'impact de la gravité des dommages dans le cas de chaque El ou problème de qualité (Colonne J) :

- Sélectionnez une option parmi les options suivantes⁷:
 - Aucun – le patient n'a pas de symptômes ou aucun symptôme n'a été détecté et il ne requiert aucun traitement.
 - Léger – le patient ressent des symptômes, les symptômes sont légers, la perte de fonctions et les dommages sont minimes ou moyens, mais de courte durée et aucune intervention n'est nécessaire (ou une intervention minime seulement, comme par exemple une période d'observation supplémentaire, un examen ou un traitement mineur).
 - Modéré—le patient ressent des symptômes et requiert une intervention (par ex. une opération

J	
e(s)	Impact (severity of harm) p. 11
	Moderate
	11 by go
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> None Mild Moderate Severe Death Unable to determine </div>

supplémentaire ou un traitement) et doit rester plus longtemps à l'hôpital ou souffre de dommages ou de pertes de fonctions à long-terme.

4. Grave—le patient ressent des symptômes et requiert une intervention vitale ou une opération/intervention médicale majeure, son espérance de vie est réduite ou l'évènement a causé une perte de fonctions ou des dommages permanents ou à long-terme.
5. Décès – selon la prépondérance des probabilités, le décès a été causé ou promu par l'incident.
6. Impossible à déterminer.

Évaluer les causes et thèmes sous-jacents des EI ou problèmes de qualité et identifier les mesures d'amélioration (Colonnes K, L, M et N).

Les causes sous-jacentes sont les causes les plus profondes, mais malgré tout modifiables qui contribuent à un EI ou un problème de qualité.⁸ Une analyse de ces causes permettra de déterminer les occasions d'amélioration à partir desquelles on pourra concevoir des projets réalisables.⁸

N'oubliez pas que ces évaluations devraient être exemptes de blâme et qu'elles devraient promouvoir une culture équitable, car l'objectif de ce programme est de procéder à des améliorations systémiques et de promouvoir l'apprentissage individuel.

Identifiez les causes sous-jacentes des EI/Problèmes de qualité (colonne K).

- Nous vous recommandons de consulter l'équipe impliquée dans le traitement du patient pour cette partie de la vérification. Bien qu'il puisse être difficile de se souvenir d'un cas qui s'est produit il y a plus de 3 mois, il est important que les personnes concernées essayent de recréer le processus de réflexion et l'environnement de la visite initiale afin de mieux comprendre pourquoi certaines actions qui semblent à présent inappropriées ont semblé appropriées au moment de la visite.⁹
- Vous pourriez envisager d'impliquer des patients et leur famille dans l'analyse. Si ceci semble approprié, contactez avant tout le chef de votre service pour qu'il vous mette en lien avec le service des Relations patients, ce qui permettra d'assurer que ceci soit fait avec tact.¹⁰
- Vous pourrez vous reporter au [Canadian Incident Analysis Framework](#) (p. 89–91)¹¹ pour déterminer quelles sont ces causes sous-jacentes.

K
Underlying Cause(s) p. 12
11 hour delay from CT to review by radiology. Patient requested to go home and wait for read.

- Pour chaque cause, ajoutez une nouvelle rangée au modèle (voir les cas hypothétiques no 1 et no 3 à des fins de référence)

Identifiez un ou plusieurs thème(s) d'EI/problèmes de qualité (colonnes L et M)

Au cours de la 1ère année, Qualité de la santé Ontario (qui fait maintenant partie de Santé Ontario) et une équipe de cliniciens ont analysé toutes les vérifications dans lesquelles on a identifié un EI ou un problème de qualité. On a identifié 11 thèmes par le biais de cette analyse. Ces thèmes, y compris les descriptions et des exemples pour chaque thème, sont présentés dans le modèle de vérification sur une feuille de travail distincte intitulée : « Thèmes des causes sous-jacentes ». Ils sont également énumérés dans le tableau 2. Pour en savoir davantage sur ces thèmes, et la manière dont ils ont été identifiés, prenez connaissance de [year 1 report](#) (plus précisément la 3e partie).

L	M
Theme p. 12- Primary response (REQUIRED)	Theme p.12- Secondary response (OPTIONAL)
Vital signs abnormal or not documented	Imaging/ Testing availability

- À l'aide du menu déroulant, indiquer quel thème est présent dans le cas en question. Les groupes pourront identifier un thème principal (dans la colonne L) et un thème secondaire (dans la colonne M).
- Il est probable que certains cas ne présentent aucun des 11 thèmes ici énumérés. Si tel est le cas, indiquer « Autre » dans cette cellule.

Tableau 2: Liste de thèmes, de descriptions et d'exemples identifiés pendant le processus de vérification

Thème	Description	Exemple
Profil de risque du patient/Facteurs	Omission de tenir compte de caractéristiques liées à un risque élevé (par ex. l'âge, des comorbidités, le statut psychosocial, etc.) au moment de déterminer l'évaluation et la manière de gérer le cas	Patient âgé de 40 ans, inconsolable, irritable, en pleurs ; on n'envisage pas l'existence d'une possible sepsie ni n'évalue le patient. Le patient s'est rendu dans un autre hôpital et on a découvert qu'il était atteint d'une méningite à E. coli.
Soins aux personnes âgées	Omission de tenir compte de symptômes et des besoins uniques des personnes âgées	Personne âgée de 81 ans – venant d'une maison de retraite. Est tombée sans qu'il n'y ait de témoins, ce qui a causé une fracture de la patella ; le patient a été traité de manière conventionnelle avec une orthèse d'immobilisation Zimmer et a été renvoyé dans la maison de retraite. Le patient est revenu le lendemain et était désorienté. Les résultats d'un examen du TMD ont montré que le patient souffrait d'un hématome sous-dural causé par sa 1 ^{ère} chute. Le patient a été admis à l'hôpital pour qu'il soit suivi.
CAM ou QSE	Patients qui sont partis contre l'avis du médecin ou sans avoir été examinés	Un patient de 37 ans s'est présenté aux SU. Attente prolongée. Un avis QSE a été enregistré après 4 heures. Pas de 2 ^e triage. Le patient est revenu ; il souffrait d'une méningite et a été admis dans l'USI.

Theme	Description	Exemple
Documentation	Documentation sous-optimale, ce qui peut avoir contribué à un retour du patient.	Le taux de troponine positif du patient n'a pas été documenté dans son dossier et on ne sait pas si le médecin l'a remarqué. Le patient est revenu après 5 heures et a été admis.
Erreurs cognitives du médecin	Manque de connaissances ou omission d'agir en présence de signes et de symptômes	Un patient immunocompromis présente des douleurs abdominales après avoir récemment souffert d'une perforation de l'intestin. Le médecin a omis d'envisager la possibilité d'un abcès intra-abdominal et a ordonné une radio abdominale sans préparation.
Médicaments à haut risque ou interactions entre médicaments	Omission de tenir compte de médicaments présentant un risque élevé dans le cadre de l'évaluation et de la gestion	On a prescrit du Xarelto au patient qui présentait un taux de créatinine élevé (ce médicament est contre-indiqué en cas de taux de créatinine élevés).
Les signes vitaux sont anormaux ou ne sont pas documentés	Omission d'expliquer des signes vitaux anormaux ou d'évaluer les signes vitaux pendant des périodes de longue durée pendant un séjour aux SU et/ou avant de renvoyer le patient chez lui.	Patient souffrant de fibrillation atriale chronique et d'un rythme cardiaque de 126 bpm à l'étape du triage (ceci n'a pas été documenté ni vérifié une 2e fois pendant la visite). Le patient souffrait d'étourdissements causés par une IVRS. Il a été renvoyé chez lui avec comme recommandation de consulter son médecin généraliste après la fin de semaine de 3 jours. Le patient a eu une syncope à son domicile (rythme cardiaque lors de sa 2e visite : 155 bpm) et a été victime d'une blessure à la tête, ce pour quoi il a été admis à l'hôpital

Theme	Description	Exemple
Médicaments à haut risque ou interactions entre médicaments	Omission de tenir compte de médicaments présentant un risque élevé dans le cadre de l'évaluation et de la gestion	On a prescrit du Xarelto au patient qui présentait un taux de créatinine élevé (ce médicament est contraindiqué en cas de taux de créatinine élevés).
Les signes vitaux sont anormaux ou ne sont pas documentés	Omission d'expliquer des signes vitaux anormaux ou d'évaluer les signes vitaux pendant des périodes de longue durée pendant un séjour aux SU et/ou avant de renvoyer le patient chez lui.	Patient souffrant de fibrillation atriale chronique et d'un rythme cardiaque de 126 bpm à l'étape du triage (ceci n'a pas été documenté ni vérifié une 2e fois pendant la visite). Le patient souffrait d'étourdissements causés par une IVRS. Il a été renvoyé chez lui avec comme recommandation de consulter son médecin généraliste après la fin de semaine de 3 jours. Le patient a eu une syncope à son domicile (rythme cardiaque lors de sa 2e visite : 155 bpm) et a été victime d'une blessure à la tête, ce pour quoi il a été admis à l'hôpital
Changement de personnel/communication entre prestataires de soins	Communication sous-optimale, particulièrement au moment de changements de personnel ou entre les médecins et le personnel infirmier.	La documentation remplie par le personnel infirmier indique que le patient a expliqué qu'il n'avait jamais eu aussi mal à la tête de toute sa vie, mais les documents remplis par le médecin indiquent qu'il a eu des maux de tête tout aussi graves dans le passé.

Theme	Description	Exemple
Radiologie	Le diagnostic établi par le médecin des SU est incorrect, les communications du radiologue laissent à désirer et les erreurs n'ont pas été signalées dans des délais appropriés.	Le patient s'est rendu aux SU en se plaignant de douleurs dans le QIG. On a ordonné un TDM de l'abdomen pour vérifier qu'il ne souffrait pas d'une diverticulite. La première lecture de la radio était négative. Le patient a été renvoyé chez lui avec un diagnostic de douleurs abdominales non encore déterminées. Le lendemain, on a rappelé le patient car le radiologue a réinterprété le TDM et a diagnostiqué un volvulus du sigmoïde. Le patient a été admis au bloc opératoire et a subi une colostomie pour traiter son volvulus.
Disponibilité des appareils d'imagerie/de test	Manque de disponibilité et d'accès dans des délais raisonnables à des services d'imagerie ou à d'autres tests (par ex en dehors des heures normales)	Le patient s'est présenté un soir en se plaignant de douleurs abdominales dans le QID. On lui a demandé de revenir le lendemain pour passer une échographie ; un diagnostic d'appendicite a été établi.
Planification de la sortie d'hôpital/suivi en communauté	Omission d'évaluer les fonctions de base, la capacité du patient à faire face à la situation, les systèmes de soutien auxquels le patient a accès avant de le renvoyer chez lui ainsi que la disponibilité de services de soutien dans la communauté.	Le patient qui souffrait de douleurs thoraciques a été renvoyé en lui demandant de consulter un cardiologue, mais le cardiologue n'était disponible que dans deux mois.

USI – Unité de soins intensifs. CAM – Départ contre l'avis d'un médecin – QIG – Quadrant inférieur gauche. QSE – A Quitté sans être examiné. NED – Non encore déterminé. QID – Quadrant inférieur droit IVRS—Infection des voies respiratoires supérieures

Faites un récit des mesures tangibles que l'on pourrait prendre pour traiter chaque cause sous-jacente (colonne N).

- On ne peut pas aborder tous les problèmes de qualité en une seule fois. Mais l'objectif de cette partie est d'identifier les changements qui sont faisables, gérables et qui peuvent être suivis dans le cadre d'objectifs futurs.
- Concentrez-vous sur des mesures concrètes et évitez d'établir des conclusions trop vagues comme, par exemple : « Nous devrions faire plus d'efforts la prochaine fois », car ceci n'entraînera probablement pas de changements.^{10,11}
- Il est possible qu'un hôpital ne dispose pas de ressources suffisantes pour traiter chaque cause sous-jacente à chaque problème de qualité évitable ; nous recommandons donc que les hôpitaux définissent les trois - cinq causes sous-jacentes les plus importantes ainsi que des mesures potentielles qui aideront à procéder à des améliorations. Il serait préférable d'utiliser le format SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Temporelles) au moment de la planification de la mise en œuvre de ces mesures. Laissez les colonnes N et O et L et M en blanc pour les vérifications pour lesquelles nous n'établirez pas de mesures d'amélioration.
- Un hôpital pourra classer par ordre de priorité les causes sous-jacentes qui sont communes à deux ou plus de deux EI/Problèmes de qualité et/ou associées au plus grand degré de dommages. Vous trouverez un guide qui vous aidera dans cette classification aux pages 58-60 du [Cadre canadien d'analyse des incidents](#).
- Nous recommandons aux hôpitaux de collaborer avec leur PDG, le comité Qualité du conseil d'administration et/ou le comité consultatif médical (ou tout autre comité approprié) pour assurer que les mesures sélectionnées pour améliorer la qualité soient alignées sur la stratégie globale de l'hôpital en question.
- Pour tout conseil sur la manière de concevoir et de mettre en œuvre une initiative concernant l'amélioration de la qualité, merci de vous reporter à [QI Essentials](#) de Santé Ontario.

N
Potential Actions for Quality Improvement p. 13
Policy required re: maximum time from scan to report. Automatic notification to ED and DI when time expired. Escalation process required,

Indiquez le type d'intervention (Colonne O et P)

Les types d'interventions sont basés sur la Hiérarchie des mesures de contrôle.¹³ Au moment de sélectionner vos interventions, demandez-vous si vous pouvez en choisir certaines qui sont classées comme étant plus efficaces dans cette hiérarchie. Merci de noter que vous n'êtes pas obligé de proposer une intervention pour chaque EI/Problème de qualité que vous identifiez. Dans ces cas, laissez les colonnes « Mesures potentielles pour améliorer la qualité » et « Types d'interventions » en blanc.

Vous trouverez des descriptions complètes ainsi que des exemples de chaque type d'interventions sur une feuille de travail distincte du modèle de vérification intitulée « Types d'interventions » ainsi que ci-dessous dans le tableau 3.

Tableau 3: une liste de types d'interventions, de descriptions et d'exemples identifiés pendant le processus de vérification.

Type d'intervention	Description	Exemple
Mesures de contrainte	Ceci représente la façon la plus efficace de modifier les comportements, car elle limite la capacité de l'utilisateur à dévier d'une marche à suivre planifiée.	La mise en œuvre de mesures de contrainte à l'étape du triage fait que chaque patient doit automatiquement passer un test pour éliminer la possibilité d'un sepsis/basé sur des outils déclencheurs pour mener à bien le processus de triage.
Automatisation et informatisation	Ceci permet d'aborder le problème des défaillances humaines (ce qui inclut le fait de se fier à sa mémoire) pour les tests courants et /ou répétitifs.	Créer un indice visuel qui s'affiche sur le dossier électronique du patient pour rappeler aux cliniciens d'envisager un possible sepsis chez les patients dont les signes vitaux pourraient suggérer l'existence d'un sepsis au moment du triage.
Simplification et standardisation	Ceci permet de réduire la variabilité et de simplifier les étapes complexes en les agglomérant en une seule décision ou mesure.	En créant une série de mesures pour les patients souffrant d'un sepsis, on encourage la prestation de soins basés sur la preuve et l'utilisation d'infusions et de thérapie antibiotiques dans des délais appropriés, selon la source présumée du sepsis en question.

Type d'intervention	Description	Exemple
Rappels, liste de contrôle et double-vérifications	Ceci permet d'augmenter la redondance et d'inclure des méthodes qui permettent de rappeler l'importance d'appliquer certaines mesures aux prestataires de soins.	Créer des posters sur le thème des sepsis et les afficher dans la salle des médecins (par ex. Avez-vous prescrit des antibiotiques dans un délai de trois heures en cas de sepsis ?)
Règles et politiques	Ceci peut aider à résoudre des problèmes complexes au niveau organisationnel. Elles sont souvent détaillées mais les détails sont souvent mal compris par les utilisateurs, qui risquent de les oublier ou de les ignorer.	Adopter une directive médicale qui stipule que le personnel infirmier doit procéder à des tests sanguins permettant de détecter un sepsis, mettre en place un bolus intraveineux de solution salée et administrer de l'acétaminophène avant l'évaluation par le médecin, dans le cas de tous les patients qui remplissent les critères de sepsis.
Éducation et formation	Ceci est une partie essentielle d'une initiative de mise en œuvre de changements exhaustive, car ces composantes constituent une manière extrêmement efficace de motiver le personnel, mais elles ne sont pas suffisantes en elles-mêmes pour maintenir le degré de changement désiré.	Développer une stratégie d'éducation multimodale (rondes de médecins, réunions du personnel infirmier, courriels mensuels) pour aider à mettre en évidence l'importance du problème pour les prestataires de soins.

Basé sur : Chartier L, Stang A, Vaillancourt S, Cheng A. Quality improvement primer part 2: executing a quality improvement project in the emergency department. CJEM. 2018;20(4): 532–8.

Réflexion sur les résultats de la vérification

Lorsqu'on aura vérifié un minimum de 50 cas, on demandera aux hôpitaux de réfléchir aux conclusions ainsi qu'aux mesures à prendre en matière d'amélioration de la qualité et des résultats connexes ; ils pourront rédiger un récit et le soumettre à Santé Ontario au mois de janvier, chaque année. On demandera par exemple aux équipes des SU d'identifier des problèmes de qualité et les initiatives pertinentes/travaux d'amélioration de la qualité entrepris pour traiter ces problèmes en se basant sur les vérifications de qualité concernant les visites répétitives aux urgences et de fournir des mises à jour sur les initiatives d'AQ identifiées dans la soumission de l'année précédente.

Le PDG devra prendre connaissance de ce récit et le signer. Vous trouverez un modèle de récit sur le site du programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences : www.hqontario.ca/ED-Return-Visit

Les hôpitaux peuvent aussi envisager de partager leurs récits et leurs apprentissages avec les divers services et (ou) d'autres hôpitaux, en s'assurant bien entendu de retirer tous les renseignements permettant d'identifier les patients et les fournisseurs de soins. Transmettre de la rétroaction à votre service à propos de tout changement découlant du programme de vérification constitue également un excellent moyen de démontrer de quelle manière le programme permet d'améliorer les soins⁸.

References

1. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009 [cited 2016 Mar]. Retrieved from: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>
2. Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, Cwinn A, Forster A. Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Qual Saf.* 2015;24:142–8.
3. Vermeulen MJ, Schull MJ. Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. *Stroke.* 2007;38:1216–21.
4. Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume. *Ann Emerg Med.* 2006;48(6):647–55.
5. Vaillancourt S, Guttman A, Li Q, Chan IYM, Vermeulen MJ, Schull MJ. Repeated emergency department visits among children admitted with meningitis or septicemia: A population-based study. *Ann Emerg Med.* 2014;65(6):625–32.
6. Easter JS, Bachur R. Physicians' assessment of pediatric returns to the Emergency Department. *J Emerg Med.* 2013;44(3):682–688.
7. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1. Final Technical Report January 2009.
8. Dekker SWA. Chapter 12: Reporting and Investigating Events. In: Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors, *Patient Safety in Emergency Medicine*. 2009. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
9. Cosby KS. Chapter 9: Developing Taxonomies for Adverse Events in Emergency Medicine. In: Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors. *Patient Safety in Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
10. Calder L, Kwok E, Cwinn A, Frank J, Worthington J. The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality. 2012 Aug 30. Retrieved from www.emottawa.ca/assets_secure/MM_Rounds/CalderMM-Rounds-Guide-2012.pdf
11. Canadian Patient Safety Institute. Canadian Incident Analysis Framework. 2012 [cited 2016 Mar]. Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF>
12. Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write management objectives. *Manage Rev.* 1981;71(11, AMA Forum):35–36.
13. Cafazzo JA, St-Cyr O. From discovery to design: The evolution of human factors in healthcare. *Healthcare Quarterly.* 2012;15(Special Issue), 24–29.

ISBN : 978-1-4868-6427-0 (PDF)

© Imprimeur du Roi pour la province de l'Ontario; 2022.