

Qualité des services de santé Ontario

Le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé

Juin 2016

Programme de gestion de la qualité
concernant les consultations
répétitives aux urgences :
Suivi de la webdiffusion

Table des matières

Introduction	2
Données et rapports	2
Sélection des cas et caractéristiques techniques	4
Qui participe à ce programme?	9
Mener des vérifications	10
Sensibilisation au-delà de votre service des urgences	12
Financement	14
Exigences relatives aux rapports soumis à QSSO	14
Confidentialité	14
Bibliographie	16

Introduction

Le 28 avril 2016, une webdiffusion a été organisée par Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et l'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) afin de présenter le Programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences. Un enregistrement de la webdiffusion peut être visionné [ici](#).

Le présent document comprend des réponses aux questions qui ont été soumises par les participants à cette webdiffusion. Si vous avez des questions pour lesquelles vous ne trouvez pas de réponse ici, veuillez consulter notre [document d'orientation sous forme de Foire aux questions](#) ou consulter les autres ressources liées à ce programme sur [le site Web du Programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences](#).

Veuillez envoyer un courriel à l'adresse EDQuality@hqontario.ca si vous avez des questions à propos de ce programme.

Données et rapports

1. Comment puis-je accéder aux rapports de données?

Vous pouvez obtenir vos rapports de données en utilisant l'outil iPort Access^{MC}. L'autorité locale d'enregistrement (ALE) de l'outil iPort Access^{MC} de chaque établissement doit soumettre les détails des utilisateurs désignés en utilisant le courriel ci-dessous.

Envoyer par courriel à : iPortAccess@cancercare.on.ca

Objet : Requête d'accès au rapport sur les données relatives aux consultations répétitives (patients)

Corps du texte :

- Détails relatifs à l'autorité locale d'enregistrement (ALE)

- Nom de l'établissement
- Utilisateur ALE d'iPort Access^{MC}

- Utilisateurs autorisés

- Nom de l'établissement
- Utilisateur d'iPort Access^{MC}

Veuillez vous reporter à la question 9 du présent [document d'orientation sous forme de Foire aux questions](#) pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, y compris sur la personne avec qui communiquer si vous avez d'autres questions sur l'accès à des rapports.

2. Dans quelle mesure les rapports de données sont-ils à jour? Les rapports sont-ils affichés dans l'outil iPort Access^{MC} sur une base mensuelle?

Les rapports de données sont publiés tous les trimestres (c.-à-d. les 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre et 1^{er} janvier). Les données contenues dans les rapports porteront sur les cas où le congé d'une unité de soins aux patients hospitalisés a eu lieu trois à six mois avant la publication du rapport. Par exemple, le rapport publié le 1^{er} avril 2016 contient des données pour les cas concernant les patients ayant obtenu leur congé entre le 1^{er} octobre et le 31 décembre 2015.

Veillez vous reporter à la question 12 dans le présent [document d'orientation sous forme de Foire aux questions](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les délais de diffusion des rapports de données.

3. Est-ce que les déclarations de 2016-2017 s'harmonisent seulement avec les cas de 2016-2017, ou peut-on commencer maintenant les vérifications des cas du T4 de 2015-2016 inclus dans le rapport de données du 1^{er} avril 2016 et compter ceux-ci comme faisant partie de nos 25 cas de 2016-2017?

Oui, vous pouvez commencer maintenant les vérifications des cas du T4 de 2016-2017 inclus dans le rapport de données du 1^{er} avril 2016 et compter ceux-ci comme faisant partie de vos cas de 2016-2017.

Le Programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences s'étend sur une année civile en se fondant sur le moment où les rapports sur les données sont publiés. Par conséquent, la première soumission à QSSO en janvier 2017 comprendra des vérifications de cas recensés à partir des rapports de données publiés pendant l'année 2016 (les 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre). Ces rapports comporteront des données s'échelonnant du 1^{er} octobre 2015 au 30 juin 2016.

Veillez vous reporter à la question 12 dans le présent [document d'orientation sous forme de Foire aux questions](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les échéanciers de diffusion des rapports de données et la soumission à QSSO.

4. Y a-t-il des préoccupations quant aux retards dans la disponibilité des rapports de données? Il sera difficile pour les médecins de se souvenir du cas s'il est potentiellement examiné six mois après la consultation répétitive.

L'avantage de l'utilisation de dossiers tirés de la base de données sur les congés des patients (BDGP) afin de cerner les consultations répétitives, c'est que les données fournies sont exactes. Malheureusement, l'utilisation de la BDGP entraîne également un retard dans la fourniture des données. Chaque rapport de données présentera la liste des cas pour lesquels le patient a obtenu son congé de trois à six mois avant la publication du rapport.

Parce que l'enquête initiale du cas sera fondée sur l'examen du dossier médical et effectuée par un médecin autre que le médecin traitant, le temps écoulé depuis le cas présenté n'aura pas d'importance pour la plupart des cas qui seront vérifiés. Des renseignements précieux peuvent certainement être tirés de ces examens. Cependant, si on découvre un incident qui nécessite un retour à l'équipe clinique à des fins d'enquête, il est entendu que les souvenirs peuvent ne pas être précis au moment où le cas fera l'objet de la vérification.

Nous vous invitons à continuer d'effectuer des vérifications tout au long de l'année afin de réduire au minimum tout décalage supplémentaire engendré par l'attente de la réalisation des vérifications. En outre, si vous avez, au sein de votre organisme, une façon de signaler les consultations répétitives qui vous fournira des données plus récentes ou qui pourraient être générées plus rapidement, nous vous invitons à l'utiliser pour cerner les cas à vérifier plus rapidement.

Sélection des cas et caractéristiques techniques

5. Comment les consultations répétitives incluses dans les rapports sur les données sont-elles cernées?

Les caractéristiques techniques utilisées pour déterminer les cas inclus dans les rapports de données sont décrites à la question 13 du présent [document d'orientation sous forme de Foire aux questions](#). Vous pouvez communiquer avec le programme Accès aux soins (ATC@cancercare.on.ca) si vous avez des questions supplémentaires sur la façon dont les cas sont identifiés.

6. Envisagera-t-on d'inclure d'autres diagnostics sentinelles – par exemple, sepsie chez les adultes? Y a-t-il une raison pour laquelle la sepsie chez les adultes a été exclue de cette série?

Nous avons choisi les trois diagnostics sentinelles selon des recherches publiées menées par l'ICES^{1,2,3}. Nous avons choisi d'utiliser les mêmes diagnostics sentinelles que ceux qui sont décrits dans ces publications parce que les procédures de production de rapports, ainsi que la qualité des données qui en résultent, sont déjà validées. En outre, nous avons confirmé que la sélection de ces diagnostics permettra de cerner un nombre de cas facile à gérer dont l'examen est très susceptible de s'avérer pertinent. Mise à part cette justification fondée sur la méthodologie et la portée, le diagnostic sentinelle choisi représente les secteurs où il peut y avoir des défis diagnostiques en médecine d'urgence, et où un diagnostic retardé présente un risque de moins bons résultats pour le patient.

Nous continuerons de réviser le programme et d'apprendre de l'expérience à mesure que le programme évolue. Nous sommes certainement ouverts à l'idée d'envisager dans les années à venir toutes les modifications que nous pouvons apporter qui

pourraient rendre le programme plus efficace. Cela peut inclure le fait d'envisager plus de diagnostics sentinelles ou des diagnostics sentinelles différents dans les années à venir, selon les résultats de la première année du programme.

7. Outre les examens obligatoires des admissions sentinelles, souhaitez-vous que les autres examens soient uniquement axés sur les admissions ou se pourrait-il que les consultations répétitives au service des urgences n'entraînent pas nécessairement une admission?

Les rapports de données *ne comprennent que* les cas de consultations répétitives qui ont donné lieu à une admission. Cela s'applique aux consultations répétitives dans les 72 heures pour tout diagnostic ainsi qu'aux consultations de suivi dans les sept jours pour obtenir un diagnostic sentinelle. Par conséquent, toutes les vérifications seront effectuées pour les cas comprenant des visites répétitives aux services des urgences qui ont donné lieu à une admission.

8. Examinons-nous uniquement les trois diagnostics sentinelles?

Non. Outre la vérification de tous les cas comprenant des diagnostics sentinelles, vous devrez vérifier une sélection aléatoire de consultations répétitives dans les 72 heures qui ont donné lieu à une admission, tous diagnostics confondus, jusqu'à ce que le nombre de vérifications exigé soit atteint. La ventilation des cas de vérifications est présentée dans le graphique ci-dessous.

Vérifications pour 2016 (1^{re} année)



Vérifications pour 2017 et les années suivantes (2^e année et au-delà)



Pour donner une idée du nombre de cas types présentés dans ces rapports de données, un service des urgences comptant environ 50 000 consultations annuellement aurait généralement 0, 1 ou 2 cas de diagnostics sentinelles par trimestre, et de 100 à 200 consultations répétitives dans les 72 heures, tous diagnostics confondus.

9. Notre hôpital collabore avec le NSQIP et l'American College of Surgeons – National Surgical Quality Improvement Program. Y a-t-il une vérification particulière pour les consultations répétitives au service des urgences après des interventions chirurgicales, dans les 30 jours suivant une telle intervention?

Des vérifications des consultations répétitives aux urgences dans les 30 jours suivant l'opération ne seront pas incluses dans le cadre de ce programme. Les rapports de données fournis pour ce programme comprennent les consultations répétitives dans les 72 heures pour n'importe quel diagnostic et les consultations répétitives dans les sept jours pour les trois diagnostics sentinelles. Vos exigences en matière de vérification ne peuvent être remplies qu'en vérifiant les cas provenant de ces rapports de données.

Bien que les vérifications des consultations répétitives au service des urgences après des interventions chirurgicales puissent être précieuses, le but du programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences est de mettre l'accent sur la qualité des soins prodigués *au sein* du service des urgences. L'enquête sur les consultations postopératoires au service des urgences devrait révéler des renseignements sur la qualité des soins prodigués *à l'extérieur* du service des urgences (p. ex., services aux patients chirurgicaux hospitalisés ou externes), ainsi que des renseignements sur les transitions de soins. Nous vous encourageons à mener une enquête sur les consultations post-chirurgicales répétitives au service des urgences si vous croyez que ce serait utile; toutefois, ce serait hors de la portée du programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences.

10. Si un patient ayant reçu un diagnostic sentinelle est transféré dans un autre établissement, cela entraînera-t-il un examen, ou ces cas en seront-ils dispensés?

Les rapports de données fournis par Accès aux soins excluent les cas dans lesquels la deuxième consultation est marquée comme étant un transfert dans la base de données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Par conséquent, les cas comprenant des transferts plutôt que des consultations répétitives sont dispensés et ne doivent pas apparaître dans le rapport de données. Cependant, étant donné que la qualité des données sur les transferts peut ne pas être parfaite, certains cas de transferts peuvent apparaître dans le rapport. Vous serez en mesure de déterminer cela durant la partie de dépistage de la vérification qui est fondée sur l'examen du dossier de la consultation initiale. Étant donné que ces cas sont peu susceptibles de comprendre des problèmes relatifs à la qualité, vous n'aurez pas besoin d'effectuer une analyse complète des cas à la suite de la portion de dépistage de la vérification.

11. Comment détectez-vous les diagnostics sentinelles dans les dossiers médicaux électroniques?

Les cas signalés comme étant un diagnostic sentinelle dans les rapports de données respectent les critères suivants :

- **1^{re} consultation** : Un diagnostic de problème important qui est considéré comme pertinent pour le diagnostic sentinelle pendant la deuxième consultation (p. ex., angine pour infarctus aigu du myocarde, maux de tête pour hémorragie sous-arachnoïdienne et fièvre pour une sepsie pédiatrique), comme consigné dans la base de données du SNISA.
- **2^e consultation** : Un diagnostic plus responsable au moment de la mise en congé d'une unité de soins aux patients hospitalisés correspondant à l'un des trois diagnostics sentinelles, comme consigné dans la base de données sur les congés des patients (BDGP).

Pour obtenir de plus amples renseignements, y compris les codes de la *Classification internationale des maladies – 10^e révision* (CIM-10) utilisés afin de signaler les cas dans chacune de ces consultations, veuillez consulter les caractéristiques techniques présentées à la question 13 du présent [document d'orientation sous forme de Foire aux questions](#).

12. Est-ce que les cas de coroner constituent une « consultation répétitive »? Par exemple, un patient ayant obtenu son congé du service des urgences qui, par la suite, subit un infarctus aigu du myocarde qui lui est fatal, mais qui n'est jamais retourné au service des urgences.

Les cas de coroner ne seront inclus dans votre rapport de données que si la mort a été précédée d'une consultation répétitive au service des urgences, auquel cas la consultation répétitive sera déclarée au SNISA et incluse dans le rapport de données. Si le coroner a des préoccupations quant au décès d'un patient que vous avez traité dans votre service des urgences, il communiquera avec votre organisme et vous serez mis au courant du cas de cette manière. Vous n'avez pas besoin d'inclure ces cas dans vos vérifications pour ce programme.

13. Qu'est-ce qui constitue une consultation répétitive : le temps entre les deux consultations et (ou) le fait qu'elle concerne une maladie en particulier?

Il y a deux catégories de consultations répétitives signalées dans les rapports de données. La première comprend les consultations répétitives qui ont donné lieu à une admission pour *n'importe quel* diagnostic. L'échéance est de 72 heures entre l'heure de la mise en congé de la consultation de référence et l'heure de la consultation qui mène à l'admission. La seconde comprend les consultations répétitives qui ont donné lieu à une admission avec diagnostic sentinelle, avec un diagnostic de problème grave lors de la première consultation qui est considéré comme étant pertinent pour le diagnostic sentinelle. L'échéance est de sept jours entre l'heure de la mise en congé du service des urgences et l'heure de la consultation suivante qui mène à l'admission.

14. Étant donné les diagnostics sentinelles mentionnés, cela nous mène à nous interroger sur la conformité avec la définition de la LEST et de la *Loi sur les hôpitaux publics*. Il y aura probablement de la confusion lorsque le mot sentinelle sera utilisé. Cela provoque également une réponse importante provenant d'organismes, c.-à-d. rencontre avec les familles et partage de recommandations. Nous devrions être clairs qu'il s'agit d'un processus séparé et distinct.

Un diagnostic sentinelle, comme le décrit ce programme, renvoie à un diagnostic sur la consultation répétitive menant à l'admission qui indiquera le besoin d'une vérification obligatoire du cas durant le processus de vérification. Il y a une probabilité accrue de trouver un problème relatif à la qualité pendant les enquêtes sur les cas comprenant des diagnostics sentinelles. La *Loi sur les hôpitaux publics* renvoie à des « incidents critiques ». Ce ne sont pas tous les cas de diagnostic sentinelle qui respectent les critères d'un incident critique, tel que défini dans la *Loi sur les hôpitaux publics*.

15. Si un patient quitte un établissement sans être vu et se présente à un autre dans les 72 heures et est admis, est-ce que cela sera inclus dans le volume total des consultations répétitives?

Oui. Les patients pour lesquels on indique au dossier qu'ils sont partis avant d'avoir été examinés et dont la consultation répétitive a donné lieu à l'admission dans les 72 heures seront inclus dans le volume total de consultations répétitives (peu importe que la consultation répétitive ait lieu au même hôpital ou à un autre).

16. Les patients qui reviennent pour des interventions prévues à la suite d'une consultation au service des urgences et qui ont par la suite besoin d'être admis en raison des résultats obtenus sont-ils inclus dans le volume total de consultations répétitives?

Les consultations prévues ne sont pas incluses dans le volume des consultations répétitives. Les consultations prévues sont identifiées par l'indicateur des consultations aux urgences dans la base de données du SNISA. Conformément aux lignes directrices du SNISA, une valeur de 0 (pas une consultation au service des urgences) doit être attribuée si le patient a eu un rendez-vous au service des urgences pour lequel la date et l'heure de la consultation sont fixées et le rendez-vous est consigné dans un système de prise de rendez-vous (électronique ou manuel).

Qui participe à ce programme?

17. Les hôpitaux de petite taille, ruraux ou ceux qui ne reçoivent pas de données d'Accès aux soins sont-ils dispensés du programme? Nous ne recevons pas de données d'Accès aux soins; sommes-nous néanmoins tenus de produire un rapport, de procéder à la vérification, etc.? Comment et quand aurons-nous accès aux rapports de données si c'est une obligation?

Ce programme est obligatoire **uniquement** pour les hôpitaux qui participent au Programme de financement axé sur les résultats (FAR), bien que nous soutenions d'autres hôpitaux qui souhaitent participer.

Si votre hôpital déclare des données dans le cadre de l'initiative du SNISA pour les SU (IANSU), Accès aux soins sera en mesure de vous fournir des données, et QSSO, l'OHA et les responsables des RLISS fourniront le même niveau d'attention et de soutien à vos efforts qu'aux autres. Assurez-vous de communiquer avec Accès aux soins afin de déterminer les utilisateurs de l'outil iPort Access qui recevront les rapports de données pour votre établissement. Veuillez vous reporter à la question 9 du présent [document d'orientation sous forme de Foire aux questions](#) pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, y compris sur la personne avec qui communiquer si vous avez d'autres questions sur l'accès à des rapports.

Si votre hôpital ne déclare pas de données dans le cadre de l'initiative IANSU, vous ne recevrez pas les rapports de données. Cependant, vous pourriez être en mesure d'utiliser vos propres données internes afin de signaler les consultations répétitives survenant à votre service des urgences. Nous vous encourageons à utiliser le modèle de vérification, les documents d'orientation et les soutiens offerts pour mener des vérifications sur les consultations répétitives.

18. Qui serait considéré comme responsable de participer au processus de vérification? Serait-ce le directeur des programmes de la qualité, le directeur médical ou le chef du service des urgences, ou revient-il à chaque hôpital de prendre cette décision?

Idéalement, la participation au présent programme sera un processus de collaboration. Plutôt que de réfléchir à la responsabilité, les hôpitaux participants doivent réfléchir à la manière d'intégrer ce programme dans leur organisme de la manière la plus constructive et efficace possible en se fondant sur les procédures actuellement en place pour gérer et superviser la qualité.

Les hôpitaux devront présenter un résumé des résultats des vérifications et des mesures potentielles d'amélioration de la qualité à leur chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration. Par conséquent, certains hôpitaux pourront juger approprié que le comité de la qualité du conseil d'administration exerce une vaste surveillance afin de faciliter le processus et d'examiner les conclusions d'une manière uniforme et exhaustive. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent décider de faire appel au comité consultatif médical ou à un autre comité pertinent pour remplir ce rôle.

En définitive, c'est le chef de la direction qui sera responsable de veiller à ce que les obligations soient respectées. Cela est conforme à d'autres éléments du programme FAR, qui sont administrés/supervisés par le chef de la direction.

Mener des vérifications

19. Existe-t-il des définitions pour type de cause et sous-type de cause dans le modèle de vérification?

Les types et sous-types de causes présentés dans le modèle de vérification étaient à l'origine décrits dans le [Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des patients](#) de l'Organisation mondiale de la Santé. Les pages 91 et 92 de ce document présentent des ventilations plus détaillées des facteurs associés aux membres du personnel et aux patients qui peuvent aider à comprendre la signification de ces catégories.

20. Est-ce que le nombre de vérifications est corrigé selon les volumes de patients?

Non. Nous fixons des normes minimales avec le nombre de vérifications requises. Mener 50 vérifications par année représente une vérification par semaine, et nos conseillers ont indiqué que cela ne serait pas onéreux, même dans les services des urgences de plus petite taille.

21. Nous sommes un organisme comptant plusieurs établissements. Devons-nous vérifier 25 cas par établissement ou pour tous les établissements combinés?

Les organismes à établissements multiples doivent vérifier 25 cas par établissement. Cela est conforme à la manière dont les services des urgences répartis dans de multiples établissements sont traités en ce qui a trait aux rapports publics sur le rendement et le financement par l'intermédiaire du programme FAR, chaque consultation au service des urgences étant traitée de manière indépendante et les données étant fournies à chaque établissement.

22. À l'exception des cas d'événements sentinelles, les hôpitaux devraient-ils choisir au hasard les cas à examiner? Pouvons-nous utiliser les groupes de patients pour lesquels nous croyons qu'un travail doit être fait dans notre établissement et les inclure dans cette occasion d'apprentissage (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique ou cas de chirurgie)?

Il est important de ne pas décider des cas à vérifier d'une manière qui exclurait systématiquement les cas qui peuvent comprendre des problèmes relatifs à la qualité ou des événements indésirables. La sélection aléatoire est une manière logique d'effectuer cette tâche. Les cas à vérifier choisis au hasard vous fourniront également un bon aperçu des causes communes de consultations répétitives à votre service des urgences.

Toutefois, il existe peut-être des manières qui, selon vous, vous permettraient d'augmenter la probabilité que les cas que vous vérifiez deviennent des occasions d'apprentissage. Par exemple, il se pourrait que vous dépistiez plus de cas à vérifier que le nombre requis, mais que vous n'incluez dans votre modèle de vérification que ceux qui, selon vous, peuvent présenter des problèmes de qualité. Dans ce cas, nous espérons que vous ferez preuve de jugement afin de déterminer la démarche à adopter.

Nous vous encourageons également à aller au-delà du nombre minimal de vérifications afin d'apprendre des précieux renseignements présentés dans les rapports de données. Par exemple, si vous estimez que l'accès à un service d'imagerie après les heures normales de travail représente un défi dans votre établissement et qu'il manque peut-être des cas d'appendicite que vous auriez autrement trouvés à cause de cela, vous pouvez fouiller le rapport pour trouver les patients atteints d'un diagnostic répété

d'appendicite afin d'examiner si l'accès à un service d'imagerie était un facteur. Nous vous encourageons à inclure les résultats de ces vérifications supplémentaires dans votre rapport à QSSO.

23. Est-ce que le dépistage compte comme une vérification? Autrement dit, si une consultation répétitive est dépistée, est-ce que cela compte vers l'atteinte de l'exigence minimale?

Oui. Le processus de vérification repose sur un examen initial de dépistage, suivi d'une analyse approfondie des événements indésirables potentiels ou des problèmes de qualité. Si vous procédez à la première partie de ce dépistage et estimez qu'une analyse en profondeur n'est pas nécessaire (p. ex., si les deux consultations sont manifestement sans lien), cela compte néanmoins comme une vérification.

Sensibilisation au-delà de votre service des urgences

24. J'aimerais savoir comment vous faites participer d'autres médecins aux examens de patients qui sont aiguillés vers un service interne comme la médecine ou la chirurgie, mais qui sont ensuite retournés chez eux par ce service. Le médecin des urgences ne sera pas en mesure de formuler des commentaires sur les raisons pour lesquelles la personne a été retournée chez elle.

Le service des urgences dépend de multiples services différents – experts-conseils, radiologistes, laboratoires, etc. – et les consultations répétitives révèlent souvent des problèmes qui vont au-delà du service des urgences. Si de tels problèmes se présentent, nous prévoyons que vous pourrez les décrire dans votre rapport de vérification et dans votre rapport à QSSO, et nous nous attendons également à ce que vous fassiez preuve de jugement pour y donner suite, peu importe où cela vous mènera. La force de ce programme reposera sur le processus de collaboration de la vérification afin de définir des possibilités d'amélioration de la qualité.

25. Comment les fournisseurs de soins communautaires et primaires sont-ils mis à contribution dans le processus visant à cerner les échecs dans la collectivité?

Pendant le processus de vérification, vous pourriez cerner des problèmes qui contribuent aux consultations répétitives, mais qui s'étendent au-delà de votre service des urgences. Par exemple, il arrive que des patients soient incapables d'obtenir leurs ordonnances ou de les faire exécuter, ou qu'ils soient incapables de se présenter à un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires ou dans une clinique, comme on

le leur a conseillé au moment du congé de l'hôpital. Il peut y avoir des limites quant à ce que votre hôpital peut faire à lui seul pour éviter ces consultations répétitives.

Si vous cernez des problèmes touchant l'ensemble du système, comme ceux-ci, nous aimerions que vos rapports à QSSO en fassent état. Si des tendances émergent, nous en ferons publiquement rapport dans notre examen des rapports annuels. Nous espérons que vous commencez à élaborer des initiatives d'amélioration de la qualité qui comprennent des communications avec les autres organismes de la collectivité afin d'améliorer les problèmes plus vastes qui peuvent contribuer aux consultations répétitives au service des urgences.

26. Les hôpitaux sont-ils tenus de dépister et (ou) de vérifier les cas où le patient a été examiné dans un service des urgences qui ne fait pas partie de leur corporation hospitalière? Y a-t-il de la transparence entre les hôpitaux afin de faciliter un suivi?

Les hôpitaux ne sont tenus de vérifier que les cas pour lesquels la consultation *initiale* a eu lieu à leur hôpital. Les cas de consultations répétitives pour lesquels la deuxième consultation a eu lieu dans un autre hôpital ne seront signalés que dans le rapport de données de l'hôpital où la première consultation a eu lieu. Le fait que la consultation répétitive ait eu lieu dans un hôpital différent sera clairement indiqué dans le rapport de données, mais l'hôpital ne sera pas identifié pour assurer la protection de la vie privée du patient.

Parce que l'accent est mis sur les soins fournis dans le cadre de la première consultation, vous pouvez quand même effectuer la vérification en vous fondant sur le dossier de la première consultation ainsi que sur le diagnostic de mise en congé de la deuxième consultation, comme indiqué dans le rapport de données. Pour obtenir de plus amples renseignements ou accéder aux dossiers médicaux de la consultation répétitive, vous auriez à communiquer avec le patient ou avec son représentant, et à obtenir des renseignements d'eux directement ou obtenir leur consentement à communiquer avec l'autre hôpital.

L'évaluation préliminaire indique qu'environ 80 % des consultations répétitives avec diagnostic sentinelle signalées dans les rapports de données ont lieu dans le même hôpital; par conséquent, nous prévoyons que vous pourrez accéder aux renseignements relatifs à la deuxième consultation pour la majorité des cas de votre rapport de données.

Financement

27. Y a-t-il du financement disponible pour la charge de travail supplémentaire que cette initiative imposera aux médecins et aux équipes des services des urgences?

Bien que le programme soit une exigence pour les hôpitaux participant au programme FAR, le financement **ne sera pas** lié aux résultats du Programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences, et aucun financement additionnel n'est disponible pour les hôpitaux qui participent à ce programme. Ce programme a été conçu pour être aussi convivial que possible, afin d'assurer son utilité; néanmoins, le fait de répondre aux exigences minimales quant au nombre de vérifications à mener n'est pas onéreux. La rétroaction naturelle provenant du terrain (principalement des directeurs de services des urgences) pour savoir s'ils croient qu'ils auraient besoin d'un financement, sachant que ce financement devrait provenir d'autres sources, a révélé que la plupart n'ont pas l'impression que cela serait nécessaire.

Exigences relatives aux rapports soumis à QSSO

28. Avons-nous besoin de soumettre le modèle de vérification à QSSO?

Nous vous demanderons **de ne pas** envoyer le modèle complet dans le cadre de votre soumission à QSSO parce que le modèle que vous avez rempli pourrait comprendre des renseignements personnels sur la santé. Le modèle de vérification est fourni pour vous servir d'outil que vous pouvez utiliser à l'interne tout en effectuant vos vérifications. QSSO publiera un document d'orientation concernant les renseignements que vous devez inclure dans votre soumission à QSSO au cours des mois à venir.

Confidentialité

29. Ces examens relatifs à la qualité des services des urgences devront-ils être menés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins (LPRQS)*?

Chaque hôpital a son propre processus pour déterminer si les examens de la qualité des soins sont assujettis à la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*. La *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* protège les renseignements recueillis par un comité de la qualité des soins ou produits pour un tel comité qui est défini comme un comité de la qualité des soins en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*. Les faits et des problèmes inscrits dans le dossier d'un patient ne sont généralement pas protégés par la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*. Les hôpitaux devraient

consulter leurs conseillers juridiques et (ou) les nombreuses ressources créées par l'Association des hôpitaux de l'Ontario au sujet de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et des renseignements sur la qualité des soins qui se trouvent sur le site www.OHA.com.

La LPRQS ne s'applique pas aux rapports qui doivent être soumis à QSSO parce que ces rapports ne comprendront pas de résumés des cas individuels. QSSO publiera un document d'orientation concernant les renseignements que vous devez inclure dans votre soumission à QSSO au cours des mois à venir.

Bibliographie

1. VERMEULEN, M. J. et M. J. Schull. « Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department », *Stroke*, vol. 38, n° 4 (2007), pp. 1216 à 1221.
2. SCHULL, M. J., M. J. Vermeulen et T. A. Stukel. « The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume », *Ann Emerg Med*, vol. 48, n° 6 (2006), pp. 647 à 655.
3. VAILLANCOURT, S., A. Guttman, Q. Li, I. Y. M. Chan, M. J. Vermeulen et M. J. Schull. « Repeated emergency department visits among children admitted with meningitis or septicemia: A population-based study », *Ann Emerg Med*, vol. 65, n° 6 (2014), pp. 625 à 632.