

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

## Rapport sur les résultats du cycle 2024-2025

### Faits marquants

- Un record de **159** sites hospitaliers (**75** sites de plus grands volumes et **84** sites de moindre volume) ont participé au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences (PGQVRU).
- **5 257** vérifications ont été soumises à Santé Ontario, ce qui représente 10 % de toutes les visites répétitives aux urgences.
- **325** diagnostics sentinelles ont été identifiés, ce qui représente 6,7 % des vérifications soumises et 0,58 % de toutes les visites répétitives aux SU.
- **1 383** problèmes de qualité et événements indésirables ont été identifiés, ce qui représente 26,3 % des vérifications soumises.
- **46** sites ont inclus un ou plusieurs indicateurs liés aux SU dans leur Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) et les ont connectés au PGQVRU, ce qui représente 31,5 % des organisations hospitalières.

Ce rapport est un sommaire des données de vérification du 1<sup>er</sup> juillet 2023 au 30 septembre 2024 qui ont été soumises en avril 2025. Un trimestre supplémentaire est inclus dans ce rapport pour aligner les échéanciers de ce programme avec ceux du Programme du PAQ. Toutes les références à 2024 concernent l'année du programme dans son ensemble et supposent que la période de déclaration des données est citée ci-dessus.

### Constatations de la vérification – Sentinelles et non-sentinelles

- 72,5 % des événements indésirables signalés étaient légers ou modérés.
- Les trois causes les plus fréquentes rapportées représentent 76 % de tous les problèmes de qualité et d'événements indésirables et sont comme ce qui suit :
  - Problèmes de gestion des patients
  - Diagnostic tardif ou incorrect
  - Décisions de sortie non sécuritaires



**Remarque :** Voir [Comment mener une vérification](#) (p. 10) pour les définitions des problèmes de qualité.

## Diagnostiques sentinelles

- Les visites répétitives pour un diagnostic sentinelle (c.-à-d., hémorragie sous-arachnoïdienne, infarctus aigu du myocarde ou septicémie pédiatrique) représentaient 0,58 % du total des visites répétitives aux SU (325 visites); cela a été constant au cours des dernières années.
- Le pourcentage de diagnostics sentinelles présentant des problèmes de qualité sous-jacents ou des événements indésirables est de 36,3 %; ce pourcentage est légèrement plus bas que celui de l'année dernière, et une diminution globale depuis le début du PGQVRU en 2016 (figure 1).
- Depuis 2021, le taux de problèmes de qualité et des événements indésirables dans les vérifications sentinelles est resté constamment inférieur à la moyenne sur 9 ans. Les taux ont dépassé l'intervalle de confiance inférieur en 2021 et 2024, indiquant des écarts statistiquement significatifs. La tendance à la baisse et les valeurs astronomiques pourraient indiquer des variations de causes spéciales et une amélioration soutenue du taux d'événements indésirables pour les cas sentinelles.

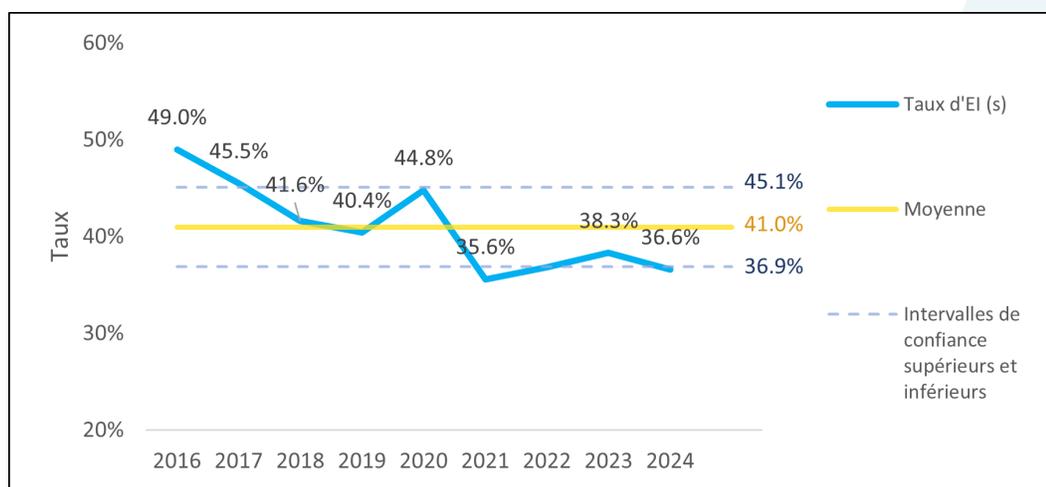


Figure 1 : Pourcentage annuel de diagnostics sentinelles présentant des problèmes de qualité sous-jacents ou des événements indésirables, de 2016 à 2024, avec analyse statistique du contrôle des processus.

Abréviation : EI, événement indésirable.

Source : Soumissions des vérifications du PGQVRU. Remarque : Les résultats sont basés sur l'hypothèse que les processus internes pour l'identification et l'auto-déclaration des problèmes de qualité et des événements indésirables sont stables.

## Les thèmes en ce qui concerne la qualité et les initiatives d'amélioration

Les domaines clés pour l'amélioration de la qualité (AQ) parmi les sites hospitaliers en 2024 comprenaient **la sécurité** (p. ex., sortie de l'hôpital sous-optimale, signes vitaux anormaux), **efficacité et rapidité** (p. ex., accès à l'imagerie diagnostique, consultations, directives médicales), **efficacité** (par exemple, soins aux aînés, accident vasculaire cérébral et soins cardiaques), et **équité** (par exemple, populations marginalisées, déterminants sociaux de la santé).



Les sites ont mené des initiatives d'AQ liées à l'accès et au flux, aux soins aux personnes âgées et à l'incorporation de principes adaptés aux personnes âgées dans les services d'urgence, à la septicémie pédiatrique, à la sortie appropriée, aux visites en traumatologie, obstétrique et gynécologique, ainsi qu'aux soins spécifiques aux conditions dans les domaines des syndromes cardiaques aigus et des parcours pour les AVC.

Au début du programme, l'analyse des problèmes de qualité et des événements indésirables identifiés lors des vérifications des visites répétitives a révélé 11 thèmes (comme décrit dans [Comment mener une vérification](#), pp. 13–15). Ce rapport présente des sites hospitaliers axés sur 3 de ces thèmes en 2024 : **soins aux personnes âgées, profil de risque pour les patients pédiatriques et les personnes qui quittent sans être vues (accès et flux)**. La sortie sous-optimale était un problème de qualité courant influençant ces thèmes.

## Soins aux personnes âgées

L'environnement occupé des SU peut être difficile pour les personnes âgées vulnérables, augmentant leur risque de déclin fonctionnel et de complications médicales. Comparé aux patients plus jeunes, les patients plus âgés sont plus susceptibles d'arriver par ambulance, se présenter avec plus grande acuité et plus grande complexité, avoir plus de comorbidités et être admis à l'hôpital. Le surpeuplement et les longs temps d'attente entraînent souvent un sous-triage, les personnes âgées étant particulièrement à risque.<sup>1</sup> Sous une pression considérable, les SU doivent équilibrer la complexité des patients avec la capacité hospitalière. L'identification des facteurs de risque, la réalisation d'évaluations précoces et la vigilance face à la détérioration dans la salle d'attente sont essentielles pour fournir des soins aux SU de haute qualité et améliorer les expériences et résultats des patients plus âgés. Un accent dans ces domaines peut également réduire les admissions à l'hôpital.<sup>2</sup> Conscient de cela, plusieurs sites utilisent des outils d'évaluation du risque chez les personnes âgées, y compris des outils d'évaluation du delirium, pour identifier les patients à risque plus élevé de visites répétitives aux SU.



Le tableau 1 montre le volume des visites aux SU par groupe d'âge en 2024. Les adultes de plus de 65 ans, en particulier ceux de plus de 85 ans, avaient le plus grand taux de visites répétitives dans les 72 heures (Figure 2).

De 0 à 17 ans	De 18 à 64 ans	De 65 à 84 ans	≥ 85 ans
1,38 million	4,62 millions	1,63 million	0,43 million

Tableau 1 : Volume des visites aux SU par groupe d'âge, 2024

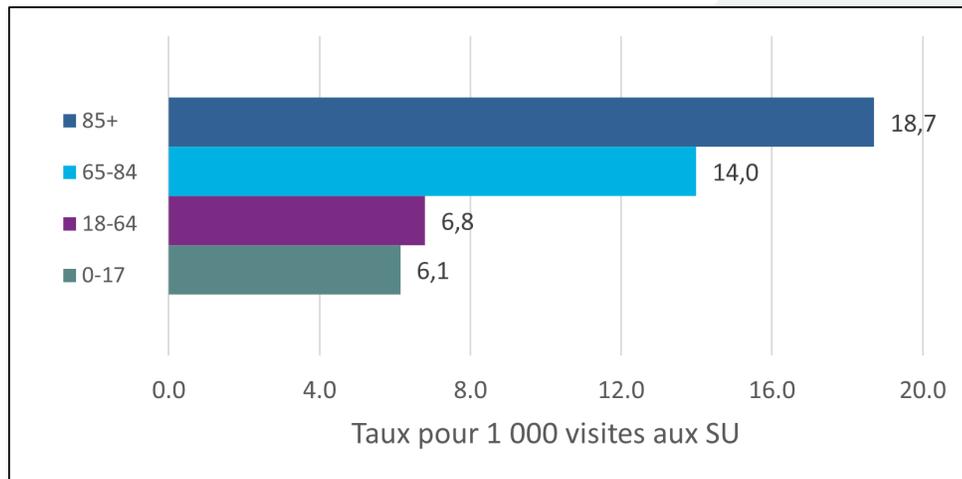


Figure 2 : Taux de visites répétitives aux SU par 1 000 visites aux SU et volume des visites aux SU par groupe d'âge, 2024.

Source : La base de données sur les sorties des patients, le Système national d'information sur les soins ambulatoires.

### **Hôpital Memorial de Cambridge : SU adaptés aux personnes âgées**

Une analyse des cas de visites répétitives a révélé que les personnes âgées revenaient fréquemment aux SU de l'hôpital Memorial de Cambridge avec des besoins plus graves nécessitant une admission à l'hôpital. En 2024, l'équipe des SU a réalisé une analyse des lacunes du plan adapté aux personnes âgées de l'organisation afin d'identifier des possibilités d'amélioration. L'équipe des SU, en collaboration avec l'Hôpital Grand River, utilise leur système électronique d'information sur la santé partagé pour normaliser l'utilisation de l'[algorithme d'urgence de l'évaluation](#) (un outil pour identifier l'urgence d'un suivi complet pour les personnes âgées). L'équipe a également augmenté la couverture pour une infirmière en médecine gériatrique aux urgences à 7 jours par semaine, et elle a donné la priorité à la mise en œuvre de 3 composants de la [liste de contrôle des SU adaptés aux personnes âgées](#) : promouvoir la mobilité, garantir une hydratation adéquate et fournir une gestion de la douleur adaptée.

### **Hôpital Queensway Carleton Identifier les adultes âgés à risque**

L'équipe des SU de l'hôpital Queensway Carleton priorise l'évaluation et l'identification précises des personnes âgées avec des profils de risque plus élevés en utilisant l'[outil d'identification systématique](#) des aîné(e)s à risque. Les personnes âgées à risque sont plus susceptibles de connaître une diminution fonctionnelle importante, des visites aux SU plus fréquentes et un taux d'hospitalisation plus élevés que celles qui ne sont pas à risque; ainsi, celles à risque pourraient bénéficier d'une évaluation plus complète et d'une intervention. L'équipe des SU améliore également les transitions des personnes âgées des soins actifs vers la retraite et les foyers de soins de longue durée en améliorant leur liste de contrôle des congés pour mettre l'accent sur les soins de suivi après le congé, la sécurité des patients et la communication.

### **Initiatives de Santé Ontario soutenant l'amélioration de la qualité dans les soins aux personnes âgées**

Santé Ontario soutient les efforts des hôpitaux pour améliorer les soins aux personnes âgées grâce aux initiatives suivantes :

- La campagne de [sensibilisation sur le delirium pour des soins de santé plus sûrs](#) (DASH)
- L'[outil des pratiques exemplaires de NSA](#)
- Le [réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario](#) pour les personnes âgées (≥ 65 ans) surveillant les résultats par le National Surgery Quality Improvement Program de l'American College of Surgeons ([NSQIP ACS](#))

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez écrire à [ClinicalQuality@OntarioHealth.ca](mailto:ClinicalQuality@OntarioHealth.ca).

## **Profil de risque du patient pédiatrique**

De nombreux sites poursuivent des améliorations pour les patients pédiatriques se présentant aux SU. Les domaines d'intérêt comprennent la septicémie pédiatrique et les signes vitaux anormaux, les voies de la rougeole, le soutien en santé mentale, l'équité, les soins tenant compte des traumatismes et la formation par simulation en équipe.



Comme la septicémie peut mettre la vie en danger, la reconnaissance précoce et le traitement rapide sont impératifs pour améliorer les résultats des patients et le taux de morbidité et de mortalité. Chez les enfants, les premiers signes de septicémie sont souvent subtils, non spécifiques et facilement négligés. Les ensembles de modèles d'ordonnances et algorithmes, tels que ceux fournis par [Trek](#), aident à identifier les patients pédiatriques à risque de septicémie et de détérioration précoce. De plus, inclure des alertes de signes vitaux anormaux dans les dossiers médicaux électroniques peut prévenir des décisions de rejet dangereuses.

### **Trillium Health Partners – Septicémie pédiatrique**

L'identification précoce de la septicémie pédiatrique et des signes vitaux anormaux a été un point focal pour l'équipe des SU de Trillium Health. Lorsqu'un patient pédiatrique se présente aux SU avec des signes précoces de septicémies, l'équipe utilise un outil de dépistage de la septicémie pédiatrique pour garantir une reconnaissance précoce et amorcer une réponse appropriée. Lorsqu'un patient répond aux critères pour une possible septicémie, une alerte de septicémie est déclenchée, et le patient se voit immédiatement attribuer une salle et est évalué par un clinicien. Les vérifications des visites répétitives de l'équipe des SU ont également révélé que certains patients étaient libérés à domicile sans documentation de l'évaluation vitale des signes. Pour remédier à cela, ils prévoient d'ajouter une alerte à leur dossier médical électronique qui obligerait l'équipe de soins de santé à reconnaître les signes vitaux pédiatriques anormaux avant le congé.

### **The Hospital for Sick Children – Soins concordants avec la langue**

Avec plus de 65 000 visites aux SU en 2024, dont beaucoup par des patients et des familles ayant une langue préférée autre que l'anglais, The Hospital for Sick Children a identifié une opportunité de remédier aux inégalités et d'améliorer potentiellement les résultats en utilisant des soins concordants avec la langue. Fournir des soins dans les langues préférées des patients a montré qu'il améliore les résultats pour les patients, améliore l'accès à l'information sur la santé et renforce la confiance des patients.<sup>3</sup> Une nouvelle icône sur le tableau de suivi des patients identifie les patients ayant une préférence autre que l'Anglais, et l'utilisation d'une expression « intelligente » intégrée dans les notes cliniques identifie les interprètes utilisés avec les patients non-anglophones, permettant ainsi à l'équipe de surveiller les soins linguistiques compatibles dans les SU. Cela est également utilisé comme un indicateur d'équité sur le tableau de bord de l'hôpital.

### **Accès et flux – Quitter sans être vu par un clinicien**

Au fil des ans, le PGQVRU a mis en avant plusieurs thèmes de qualité liés à l'ensemble de la catégorie d'accès et de flux, y compris les patients qui quittent sans avoir été vus par un clinicien, la disponibilité de l'imagerie diagnostique, les consultations de spécialistes en temps opportun, la refonte des SU, et l'alignement avec les mesures de financement axé sur les résultats. La nouvelle [trousse d'outils sur les pratiques exemplaires des SU](#) de Santé Ontario fournit de nombreuses ressources pour soutenir l'amélioration de la qualité en médecine d'urgence.



La pression exercée sur les SU est en grande partie due à la surpopulation et aux contraintes en matière de ressources humaines en santé, ce qui peut entraîner des conséquences négatives imprévues pour les personnes qui cherchent des soins aux SU. Trop souvent, les patients attendent plusieurs heures pour voir un clinicien, accéder à l'imagerie diagnostique avancée ou aux consultations spécialisées, ou recevoir des soins; de tels retards peuvent amener les patients à quitter sans avoir été vus ou contre l'avis médical et entraîner un séjour prolongé aux SU. Les équipes des SU équilibrent régulièrement les soins aux patients et la complexité avec la capacité hospitalière; ainsi, par nécessité, elles doivent souvent traiter uniquement la condition de présentation plutôt que les facteurs contributifs les plus complexes. De même, en raison de la surpopulation des SU et de la pression pour accélérer la sortie, les patients peuvent connaître des sorties dangereuses.

Les récits de cette année indiquent que les hôpitaux intensifient leurs efforts pour gérer les temps d'attente et le flux des patients tout en garantissant un diagnostic précis et une sortie sécuritaire, en particulier pour les personnes âgées et les enfants. Les données préliminaires du PAQ montrent également que 90 % (132/146) des organisations hospitalières ont inclus des indicateurs d'accès et de flux dans leur PAQ, démontrant un soutien à l'échelle de l'hôpital pour les initiatives d'amélioration de la qualité visant à améliorer l'accès et le flux.

### **Réseau de santé de Scarborough – Quitter sans être vu**

Reconnaissant un taux de patients qui ont quitté les urgences sans être vus plus élevé en raison de longs délais d'attente, le Réseau de santé de Scarborough a mis en œuvre un modèle de soins frontal qui rapproche le clinicien du triage, réduisant ainsi le temps d'évaluation initiale du médecin, les temps de traitement et la durée du séjour, tout en diminuant le nombre de patients qui quittent sans être vus ou contre des conseils médicaux. Mis à l'essai au site Birchmount, où le taux de patients qui ont quitté les urgences sans être vus a chuté à 1 %, le modèle de soins frontal est maintenant mis en œuvre au site de l'hôpital général.

### **London Health Sciences Centre – Temps de déchargement des ambulances**

Pour améliorer le temps de déchargement des ambulances, l'équipe des SU du London Health Sciences Centre a mis en place un modèle de soins vertical-horizontal dans lequel l'équipe collabore avec la stratégie du pousser-tirer des patients du Bureau de gestion de la capacité, supprimant l'approche de triage à deux niveaux préexistante et soutenant le flux. À l'University Hospital, le 90<sup>e</sup> percentile du temps de déchargement des ambulances est passé de 284 minutes (4,7 heures) à 42 minutes, et le Victoria Hospital a vu son 90<sup>e</sup> percentile du temps de déchargement des ambulances diminuer de 174 minutes (2,9 heures) à 40 minutes.

### **Sunnybrook Health Sciences Centre – Temps pour l'évaluation initiale des médecins**

Avec les temps d'attente les plus longs pour l'EIM (90<sup>e</sup> percentile) dans la région du Grand Toronto en 2024, l'équipe des SU de Sunnybrook a entrepris une initiative ambitieuse d'amélioration de la qualité pour mesurer, comprendre et traiter les problèmes à l'origine des longs temps d'attente. Le Dr Dan Cass et le Dr Justin Hall des SU ont présenté leur initiative et les résultats d'AQ lors du webinaire sur la communauté de pratique des services d'urgence provinciaux en mai 2025. Pour visionner l'enregistrement de la séance et la présentation des diapositives, veuillez visiter [Quorum](#).

## **Alignement du PGQVRU au programme du PAQ**

C'était la première année que les équipes soumettaient leurs récits et audits du PGQVRU Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences par le navigateur du PAQ. Plusieurs aspects du PAQ 2024-2025 ont facilité la connexion des deux programmes, y compris :



- L'ajout d'une section pour le PGQVRU au récit du PAQ;
- Une nouvelle exigence pour les équipes d'identifier dans le plan de travail du PAQ si leurs indicateurs du PAQ sont liés à leur travail du PGQVRU.

Un objectif clé pour intégrer les exigences du PGQVRU dans la soumission du PAQ était de reconnaître que de nombreux problèmes auxquels sont confrontés les SU sont complexes, multiformes et dus en partie à des problèmes plus larges au niveau de l'hôpital et du système. Ainsi, lier le PAQ global d'un hôpital au PGQVRU démontre un engagement organisationnel envers la qualité au-delà du niveau programmatique.

Les problèmes à l'échelle de l'hôpital, tels que la circulation des patients et les ressources humaines en santé, sont essentiels à la fourniture de soins de haute qualité aux SU. Nous sommes donc heureux de partager qu'une synthèse préliminaire des soumissions au PAQ 2024-2025 et au PGQVRU montre que les hôpitaux identifient à la fois des initiatives au niveau des SU et à l'échelle de l'hôpital pour soutenir les indicateurs clés du PAQ pour les SU et répondre aux problèmes de qualité sous-jacents identifiés par les vérifications des visites répétitives.

Dans l'ensemble, 46 des 146 organisations ont inclus au moins 1 indicateur lié aux SU dans leurs PAQ, qu'elles ont relié aux travaux d'amélioration de la qualité identifiés lors de leurs vérifications du PGQVRU. Pour chaque indicateur, ils ont également identifié des idées de changement décrivant leurs activités d'amélioration de la qualité.

La figure 3 montre la répartition des indicateurs du PAQ 2024 liés au travail du PGQVRU. La figure 4 montre les 5 idées de changement de PAQ les plus courantes liées à un ou plusieurs indicateurs du PGQVRU. L'idée de changement la plus sélectionnée était « Surveillance des données : Tableaux de bord et analyse », avec des équipes utilisant des tableaux de bord et des rapports réguliers pour soutenir la prise de décision basée sur des données et la priorisation de l'amélioration de la qualité.

Il est important de démontrer leur engagement envers les patients et les communautés qu'ils servent, les hôpitaux doivent s'assurer que leurs PAQ sont accessibles au public.

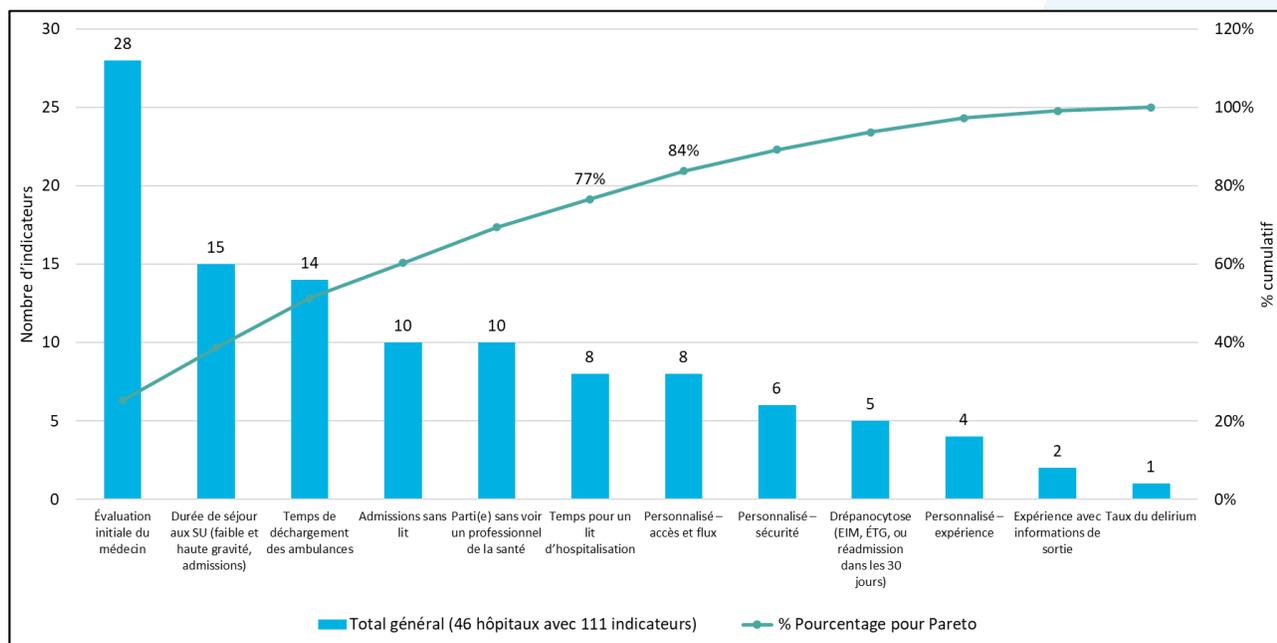


Figure 3 : Diagramme de Pareto des indicateurs liés aux SU inclus dans les PAQ et connectés au travail du PGQVRU.

Abréviations : EIM, évaluation initiale du médecin; ÉTG, échelle canadienne de triage et d'acuité.

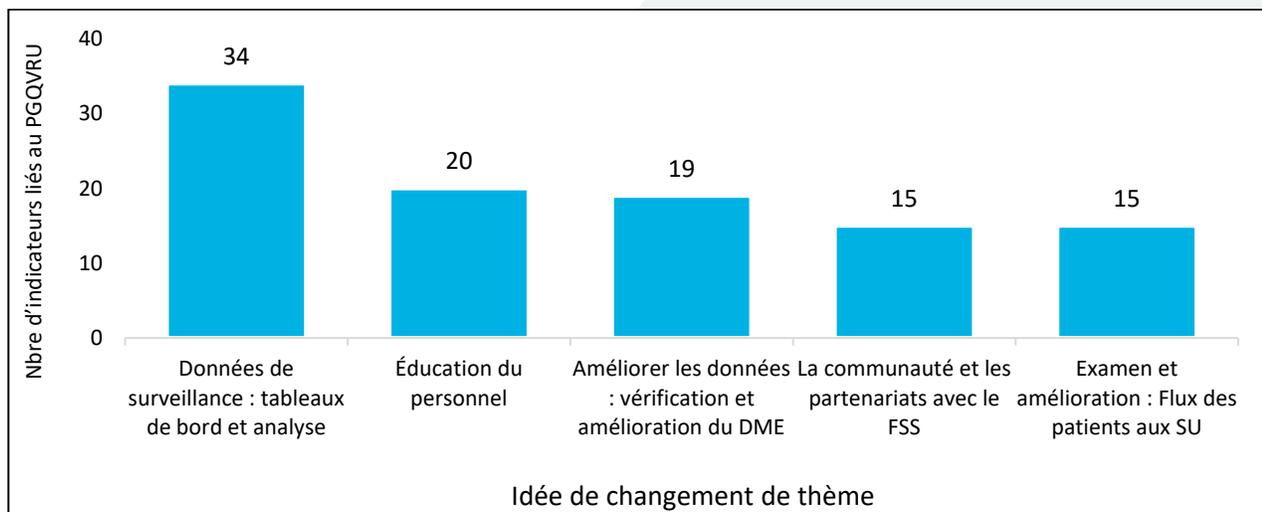


Figure 4 : Les 5 idées de changement du PAQ les plus courantes et le nombre d'indicateurs du PAQ liés au PGQVRU.

Abréviations : DME, dossier médical électronique; FSS, fournisseur de services de santé; PGQVRU, programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences; SU, service des urgences.

## Merci

Tout ce travail d'amélioration a été réalisé dans le cadre des défis liés aux SU à l'échelle de la province, y compris les contraintes sur nos travailleurs de la santé. Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont participé au PGQVRU pour leurs efforts immenses au cours de l'année écoulée et pour avoir pris le temps de partager ce travail avec nous.



## Au sujet du programme

Le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences met en place une structure continue d'amélioration de la qualité dans les urgences de l'Ontario. Il s'agit d'un programme d'audit et de rétroaction mené à l'échelle de l'Ontario, qui consiste en une analyse de routine des visites répétitives aux urgences entraînant l'admission d'un patient. Lorsque des problèmes de qualité sont constatés, les hôpitaux prennent des mesures pour résoudre leurs causes profondes. La participation est obligatoire pour tous les hôpitaux prenant part au Programme de financement axé sur les résultats (FAR) et facultative pour les autres hôpitaux.

Les hôpitaux participants à grands volumes (c'est-à-dire ceux avec > 30 000 visites annuelles aux SU) sont tenus de vérifier un minimum de 50 cas, tandis que les sites de moindre volume effectuent une vérification entre 10 et 40 cas. Deux types de visites répétitives sont vérifiées :

- les visites répétitives dans les 72 heures donnant lieu à une admission dans un hôpital, peu importe le diagnostic (appelées « visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues »);
- les visites répétitives dans les 7 jours donnant lieu à une admission dans un hôpital en lien avec 1 des 3 diagnostics clés sentinelles\* (infarctus aigu du myocarde, sepsis pédiatrique et hémorragie sous-arachnoïdienne) lors de la visite de retour, avec un ensemble de diagnostics connexes lors de la visite initiale.

*\*Les diagnostics sentinelles répertoriés présentent une probabilité élevée d'invalidité ou de décès à la suite d'un diagnostic manqué ou retardé; par conséquent, les urgences qui détectent des problèmes de qualité ayant contribué à des diagnostics sentinelles manqués peuvent éviter des préjudices importants pour les patients en remédiant à ces problèmes.*

### Pour rester en contact

Si vous avez des questions, si vous souhaitez nous faire part de vos commentaires ou si vous voulez en savoir plus sur l'une des initiatives présentées dans ce rapport, n'hésitez pas à nous écrire à l'adresse suivante : [EDQuality@OntarioHealth.ca](mailto:EDQuality@OntarioHealth.ca).

Veillez visiter le [site Web du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences](#) pour obtenir tous les documents relatifs au programme, y compris les rapports antérieurs et les enregistrements de webinaires.

Veillez rejoindre la [Communauté de pratique des services d'urgence provinciaux](#) sur Quorum pour accéder aux ressources, aux présentations de webinaires et aux enregistrements, et pour contribuer à cette communauté dynamique.

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, [info@OntarioHealth.ca](mailto:info@OntarioHealth.ca)

ISBN 978-1-4868-9215-0 (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025

---

<sup>1</sup> Savioli G, Ceresa IF, Bressan MA, Bavestrello Piccini G, Novelli V, Cutti S, et al. Geriatric population triage: the risk of real-life over- and under-triage in an overcrowded ED: 4- and 5-level triage systems compared – the CREONTE (Crowding and R E Organization National TriagE) study. *J. Pers. Med.* 2024;14(2):195.

<sup>2</sup> Ellis B, Brosseau A-A, Eagles D, Sinclair D, Melady D, CAEP Writing Group. Canadian Association of Emergency Physicians position statement: care of older people in Canadian emergency departments [Internet]. Ottawa (ON): CAEP; 2022 [cited 2025 Jul]. Available from: [https://caep.ca/wp-content/uploads/2022/04/CAEP\\_GED\\_PS\\_FINAL.pdf](https://caep.ca/wp-content/uploads/2022/04/CAEP_GED_PS_FINAL.pdf).

<sup>3</sup> Daggett A, Abdollahi S, Hashemzadeh M. The effect of language concordance on health care relationship trust score. *Cureus.* 2023;15(5):e39530.