

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

Rapport sur les résultats de 2017

Qualité des services
de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

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

Rapport sur les résultats
de 2017

Citation suggérée : Qualité des services de santé Ontario. Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences : rapport sur les résultats de 2017. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018.

Table des matières

Introduction	2
Mise en œuvre du programme	5
Initiatives d'amélioration de la qualité découlant du Programme	7
Examen des thèmes observés parmi les problèmes de qualité et les événements indésirables	12
Visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues	12
Visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles	14
Conclusion	19
Références	20
Annexe A : Remerciements	21
Annexe B : Problèmes de qualité et événements indésirables : thèmes recensés dans les résultats de 2016	22
Annexe C : Types d'intervention et position dans l'échelle d'efficacité des interventions	23
À propos de Qualité des services de santé Ontario	24

Introduction

Une culture axée sur la qualité est essentielle à l'élaboration d'un système de santé sécuritaire, efficace, axé sur les patients, opportun, efficient, et équitable. Elle est alimentée par un apprentissage et une réflexion continus de la part des fournisseurs et des bénéficiaires de soins, et repose sur la capacité à tirer parti des succès comme des échecs et à soutenir la volonté naturelle des fournisseurs de soins de santé d'offrir les meilleurs soins possible aux patients.

Le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences vise à instaurer une culture axée sur la qualité dans les services des urgences (SU) de l'Ontario. Les participants doivent passer en revue les visites répétitives dans leur établissement, relever tout problème de qualité ou événement indésirable et prendre les mesures nécessaires pour s'attaquer aux causes sous-jacentes.

L'année 2017 était la deuxième du Programme, et les résultats soumis par les hôpitaux participants en janvier 2018 montrent que des efforts continus ont été effectués pour le mettre en œuvre et améliorer la qualité des soins. Le présent rapport résumera les principales observations et les faits saillants des documents soumis, soulignera le travail d'amélioration de la qualité accompli et mettra en commun les connaissances des participants.

À propos du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences

Le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences est obligatoire pour tous les hôpitaux de la province participant au Programme de financement axé sur les résultats (FAR), et facultatif pour les autres.

Le Programme fournit aux participants des rapports de données répertoriant les visites répétitives donnant lieu à une admission et leur demande de vérifier un certain nombre de cas afin de repérer les problèmes de qualité et les événements indésirables potentiels (voir l'encadré pour connaître les définitions et les exigences).

Visite répétitive : définition

Dans le cadre du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences, les hôpitaux participants ont reçu des rapports de données signalant deux types de visites répétitives :

1. Visites répétitives dans les 72 heures donnant lieu à une admission, quel que soit le diagnostic (appelées « visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues »).
2. Visites répétitives dans les sept jours donnant lieu à une admission en lien avec l'un des trois diagnostics ciblés (infarctus aigu du myocarde [IAM], sepsie pédiatrique et hémorragie sous-arachnoïdienne), nommés « diagnostics sentinelles », dans les cas où un diagnostic connexe a été posé lors de la visite initiale.

Nombre de vérifications requis

Les participants doivent vérifier toutes les visites répétitives dans leur établissement qui sont liées aux diagnostics sentinelles, puis vérifier les visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, pour un minimum de 50 cas par établissement.

Chronologie du programme



Chaque année, à la fin du mois de janvier, les hôpitaux participants soumettent les résultats de leurs vérifications ainsi qu'une section narrative dans laquelle ils répondent librement à une série de questions sur le Programme.

Un groupe d'experts formé de dirigeants du système, de spécialistes en amélioration de la qualité et de travailleurs des SU a participé à toutes les étapes de la conception du programme; leurs noms figurent à l'annexe A.

Participation au programme

Au total, 82 services des urgences ont soumis des résultats pour 2017 (73 participants au programme FAR et 9 non-participants au programme FAR).

84% des visites aux urgences en Ontario ont lieu dans ces hôpitaux.

Plan du rapport

Mise en œuvre du Programme

Description de la mise en œuvre du Programme par les participants.

Initiatives d'amélioration de la qualité découlant du Programme

Résumé des observations sur la section narrative des documents soumis, dans laquelle les participants ont décrit les initiatives d'amélioration de la qualité nées du Programme, et des entrevues auprès d'organisations ayant fait état de réussites.

Examen des thèmes observés parmi les problèmes de qualité et les événements indésirables

Résumé de l'examen de certaines vérifications et définition des thèmes supplémentaires liés aux problèmes de qualité et aux événements indésirables recensés. Cet examen visait surtout les visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles.

En savoir plus

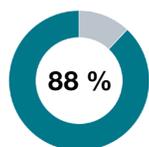
Consultez les ressources et les documents d'orientation publiés sur le site Web du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences pour en savoir plus :

www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Amélioration-de-la-qualité-à-l'œuvre/Programme-de-gestion-de-la-qualité-concernant-les-visites-répétitives-aux-urgences

Mise en œuvre du programme

Nous résumerons ici l'application concrète du Programme par les hôpitaux telle qu'ils l'ont décrite dans les sections narratives.

Réalisation des vérifications

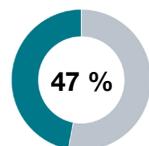


88 % des hôpitaux ont précisé que les vérifications avaient été menées par plus d'un fournisseur

La majorité a mentionné avoir fait participer diverses professions et disciplines :

- Médecins (76 %)
- Personnel infirmier (69 %)
- Membres de la direction ou gestionnaires (42 %)
- Service de la qualité (22 %)
- Autres professionnels (p. ex., auxiliaires médicaux, infirmiers praticiens, pharmaciens, ergothérapeutes, travailleurs sociaux) (15 %)
- Autres services (p. ex., imagerie diagnostique, médecine interne) (10 %)

Sélection des cas à vérifier



47 % ont effectué une sélection ciblée des cas à vérifier;
53 % ont effectué une sélection aléatoire

Les participants qui ont effectué une sélection ciblée ont indiqué avoir privilégié :

- les diagnostics (p. ex., insuffisance cardiaque chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique) ou les populations de patients (p. ex., patients âgés ou pédiatriques) présentant un intérêt particulier;

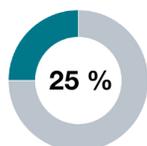
Collaborer aux vérifications

Nombre d'organisations ont demandé à différentes personnes de les aider à effectuer les vérifications et à trouver des occasions d'amélioration. Elles ont souvent mentionné avoir tenu des réunions régulières afin de pouvoir y travailler en groupe.

Cette approche peut encourager une culture axée sur la qualité en favorisant la réflexion, la collaboration et l'apprentissage chez les participants, la mise en commun des idées d'amélioration venant de points de vue variés ainsi que la motivation à l'égard des initiatives d'amélioration de la qualité.

- les diagnostics les plus fréquents chez les patients ayant effectué des visites répétitives;
- les cas susceptibles d'offrir une occasion d'apprentissage (ou ils ont exclu les cas de visites répétitives vraisemblablement planifiées ou associées à la progression d'une maladie);
- les cas où les patients semblaient être plus gravement malades à leur retour à l'hôpital, comme ceux qui :
 - ont reçu un score de 1 sur l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG);
 - ont dû être opérés;
 - ont été admis au service de soins intensifs;
 - sont décédés au SU;
 - sont décédés dans les 48 h suivant leur admission à l'hôpital;
 - ont reçu un diagnostic de maladie potentiellement mortelle.

Collaboration avec d'autres organisations



des participants ont mentionné avoir collaboré avec d'autres hôpitaux ou organisations lors de la réalisation et de la révision des vérifications.

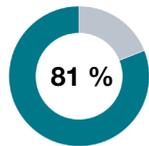
Cette collaboration a généralement permis de :

- mettre en commun les connaissances de plusieurs SU;
- passer en revue les cas de visites répétitives dans un autre hôpital (lorsqu'une entente d'accès au dossier médical informatisé liée à une initiative d'amélioration de la qualité était en place);
- travailler à des initiatives d'amélioration de la qualité liées à l'accès aux soins de suivi à l'extérieur du SU avec d'autres organisations (p. ex., cliniques de soins cardiaques ou services de soins à domicile et de soins communautaires des réseaux locaux d'intégration des services de santé [RLISS]).

Quelques organisations ont précisé qu'elles aimeraient qu'il y ait plus d'occasions de collaboration entre les hôpitaux, et au moins un RLISS a indiqué aider les hôpitaux dans leurs discussions sur le Programme.

Initiatives d'amélioration de la qualité découlant du Programme

Nous résumons ici nos observations sur la section narrative des documents soumis, dans laquelle les participants ont décrit les initiatives d'amélioration de la qualité nées du Programme. Nous avons également communiqué avec des organisations y ayant fait état de réussites.



des SU ont mentionné avoir mis en œuvre au moins une initiative d'amélioration de la qualité grâce au Programme.

Initiatives d'amélioration de la qualité : thèmes récurrents

Le rapport de 2016 a regroupé les problèmes de qualité et les événements indésirables (annexe B) sous 11 thèmes. Nous avons analysé les initiatives d'amélioration de la qualité décrites dans la section narrative pour déterminer lesquels des 11 thèmes étaient les plus souvent abordés. Les cinq thèmes les plus fréquents, accompagnés d'exemples d'initiatives visant à résoudre les problèmes détectés, sont présentés dans le tableau 1.

Une forte proportion des initiatives d'amélioration de la qualité étaient liées à des visites répétitives en raison d'un IAM; elles sont décrites à la page 14.

Quelques-unes des initiatives d'amélioration de la qualité décrites ne sont probablement pas nées du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences – en fait, les participants ont compris que des initiatives sur lesquelles ils travaillaient déjà aideraient à régler certains problèmes détectés dans les vérifications. C'est le cas, entre autres, des initiatives concernant l'augmentation de la capacité (ajout de personnel et de quarts de travail), l'amélioration du débit des patients dans les SU et la mise à niveau des systèmes de renseignements sur la santé.

Tableau 1 : Initiatives d'amélioration de la qualité décrites dans la section narrative : les cinq thèmes les plus courants

Thèmes	Exemples d'initiatives d'amélioration de la qualité
Planification du congé de l'hôpital et suivi dans la collectivité	<p>Amélioration des directives de congé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Normalisation des directives de congé pour certaines maladies. Mise à profit des systèmes de renseignements pour aider à la préparation des directives de congé.
	<p>Amélioration de la planification du congé, de la coordination des soins et de l'accès aux soins dans la collectivité.</p> <ul style="list-style-type: none"> Collaboration avec le personnel (p. ex., services paramédicaux) et les organisations externes (p. ex., services de soins à domicile et de soins communautaires des RLISS, maillons santé) pour assurer aux patients un soutien adéquat pour leur congé.
	<p>Amélioration du processus d'aiguillage pour les tests de suivi effectués sur les patients souffrant de problèmes cardiaques.</p> <ul style="list-style-type: none"> Collaboration avec les cliniques de cardiologie pour optimiser le processus d'aiguillage et faire en sorte que les patients soient rencontrés dans des délais raisonnables. Création de formulaires de réquisition pour faciliter la réalisation des tests de suivi urgents.
Disponibilité restreinte des tests d'imagerie diagnostique et d'autres tests	<p>Amélioration de l'accès aux services d'imagerie diagnostique et d'interprétation après les heures d'ouvertures (ou pressions en ce sens).</p>
	<p>Réduction du temps d'attente pour les patients qui retournent à l'hôpital afin d'avoir accès aux services d'imagerie diagnostique.</p> <ul style="list-style-type: none"> Clarification du processus d'accès aux services d'imagerie diagnostique après les heures d'ouverture
Soins aux patients âgés	<p>Mise en place de protocoles propres au soin des patients âgés.</p> <ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'un test de marche ou d'une évaluation des signes vitaux avant le congé. Création de directives médicales adaptées aux patients âgés.
	<p>Amélioration de la planification du congé pour les patients âgés.</p> <ul style="list-style-type: none"> Participation d'une équipe multidisciplinaire à la planification du congé.

Tableau 1 : Initiatives d'amélioration de la qualité décrites dans la section narrative : les cinq thèmes les plus courants

Thèmes	Exemples d'initiatives d'amélioration de la qualité
Patients ayant quitté le SU contre l'avis du médecin ou sans avoir vu un médecin	<p>Amélioration du débit des patients ou du temps d'attente avant la première évaluation par le médecin.</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la capacité par l'ajout de nouveaux quarts de travail, la prolongation des heures de service et la réalisation d'interventions multidimensionnelles.
	<p>Mise en place de protocoles de communication avec les patients qui pensent partir contre l'avis du médecin ou sans avoir vu un médecin.</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation rapide des patients qui pensent partir. Communication des risques et des avantages d'un départ à ces patients. Mise en place d'un protocole de suivi pour certains patients ayant quitté le SU contre l'avis d'un médecin ou sans avoir vu un médecin (p. ex., patients dont l'état est plus grave).
Problèmes liés à des signes vitaux anormaux ou non consignés	<p>Mise en place de fonctions contraignantes ou de signaux dans les DMI exigeant qu'un médecin consigne ou évalue les signes vitaux.</p>
	<p>Modifications aux polices et aux protocoles pour veiller à ce que les signes vitaux soient correctement évalués et consignés.</p>

Initiatives d'amélioration de la qualité : types d'intervention

Nous avons classé les initiatives d'amélioration de la qualité décrites dans la section narrative par type d'intervention, selon leur position dans l'échelle d'efficacité des interventions (annexe C).¹

En général, les initiatives proposaient de régler un problème grâce à des interventions multidimensionnelles, qui comprenaient surtout les éléments suivants :

- Sensibilisation et formation (p. ex., révision des politiques, échange des leçons apprises grâce aux vérifications effectuées lors des examens réguliers de la morbidité et de la mortalité ou d'autres réunions).
- Simplification et standardisation (p. ex., mise en œuvre de plans de soins ou de protocoles normalisés pour certaines affections).

Interventions multidimensionnelles

Bon nombre d'organisations ont fait état d'interventions multidimensionnelles reposant souvent sur la sensibilisation et la formation, accompagnées d'interventions occupant une position plus élevée dans l'échelle d'efficacité.

Ces interventions multidimensionnelles et combinées sont pertinentes et susceptibles d'être plus efficaces que l'adoption d'une approche unique.

Le processus de vérification en tant qu'initiative d'amélioration de la qualité

Beaucoup de participants ont indiqué qu'une de leurs approches d'amélioration de la qualité a consisté à mobiliser les fournisseurs dans la réalisation des vérifications et l'examen des résultats.

Certains participants ont mentionné l'importance de mener les vérifications et l'analyse des résultats en groupe pour pouvoir apprendre, faire germer des idées d'amélioration et mettre en commun les leçons apprises. Certains ont également mentionné avoir trouvé le processus bénéfique pour l'apprentissage continu.

La participation de divers fournisseurs de soins de santé aux vérifications et à l'élaboration d'initiatives d'amélioration de la qualité est une stratégie payante dans le cadre de ce programme. Des travaux ont d'ailleurs établi que cela pouvait favoriser une culture de sécurité² et améliorer les résultats cliniques.³ De plus, la participation aux analyses des causes fondamentales est associée à de meilleurs résultats en ce qui concerne les mesures de sécurité des patients.⁴

L'amélioration de la qualité sur le terrain

Nous avons communiqué avec plusieurs hôpitaux ayant fait part de leurs mesures d'amélioration de la qualité dans les documents soumis. Consultez les liens ci-dessous pour lire les entrevues avec leurs équipes sur Quorum, la communauté d'apprentissage en matière de soins de santé de l'Ontario.



Le [London Health Sciences Centre](#) a créé un poste de coordonnateur de l'examen des événements sentinelles en médecine d'urgence.



Le [Southlake Regional Health Centre](#) a examiné toutes les visites répétitives signalées dans le rapport de données (plus de 850); à la lumière des résultats obtenus, il travaille actuellement à la création de diverses initiatives.



Le [Collingwood General and Marine Hospital](#) et d'autres hôpitaux du **RLISS du North Simcoe Muskoka** collaborent pour discuter du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences et trouver des occasions d'amélioration.

Raconter votre expérience

Vous souhaitez faire part de l'expérience de votre hôpital en ce qui a trait au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences sur Quorum?

Envoyez un courriel à EDQuality@hqontario.ca.

Lire plus d'entrevues

D'autres entrevues avec les participants au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences seront publiées sur Quorum au cours de l'année.

Faites une recherche avec l'étiquette « [ED Return Visits](#) » pour rester à l'affût des nouvelles publications.

Note sur le regroupement des 11 thèmes

Dans le rapport de 2016, les 11 thèmes dégagés après l'examen des problèmes de qualité et des événements indésirables ont été regroupés en trois catégories : caractéristiques ou actions du patient, actions ou interventions de l'équipe du service des urgences et problèmes du système. Le thème « patients ayant quitté le SU contre l'avis du médecin ou sans avoir vu un médecin » a d'abord été classé sous la catégorie « caractéristiques ou actions du patient ».

Cependant, après un examen plus approfondi et après avoir pris connaissance des commentaires des participants, nous avons conclu que ce thème appartenait davantage à la catégorie « problèmes du système ».

En effet, même si ce n'est pas toujours le cas, ce problème est souvent dû aux longs temps d'attente ou au manque de communication quant à la marche à suivre et aux prochaines étapes dans le processus de soins, et est donc de nature systémique.

Si l'on se fie aux initiatives d'amélioration de la qualité décrites dans la section narrative des documents soumis, les participants au programme reconnaissent d'emblée que ce problème pourrait être résolu en améliorant les temps d'attente et la communication avec les patients.

Examen des thèmes observés parmi les problèmes de qualité et les événements indésirables

Notre rapport sur les résultats de 2016 regroupe les problèmes de qualité et les événements indésirables détectés par les participants sous 11 thèmes (annexe B). L'objectif de cette section est de poursuivre les analyses entamées en 2016 et de définir des thèmes supplémentaires en examinant un sous-ensemble de vérifications.

Visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues

Dans les documents soumis en 2017, 1 033 cas (22 %) parmi les 4 711 visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, ayant fait l'objet d'une vérification ont mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable.

Nous avons recueilli des données quantitatives sur la fréquence relative des 11 thèmes dans un sous-ensemble de vérifications effectuées avec une version révisée du modèle, qui présentait une liste de thèmes dans un menu déroulant. Les trois thèmes les plus fréquents étaient les défaillances cognitives du médecin, le profil de risque du patient ainsi que la planification du congé de l'hôpital et le suivi dans la collectivité (figure 1).

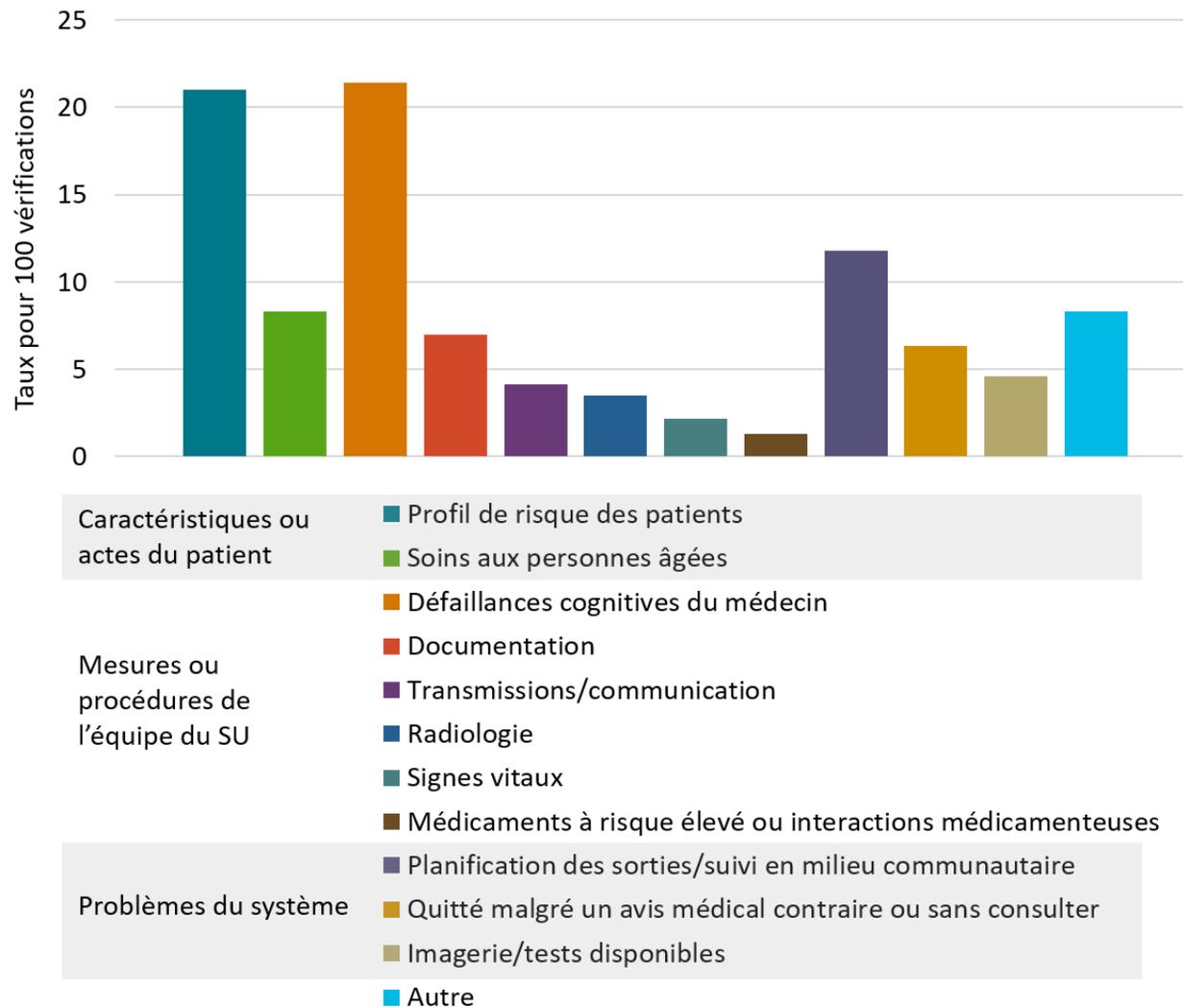


Figure 1 : Problèmes de qualité et événements indésirables : thèmes relevés par les hôpitaux participants.

Ces thèmes sont définis à l'annexe B.

Examen des vérifications classées sous « autre »

Nous avons analysé les cas associés à un problème de qualité ou à un événement indésirable classés sous la catégorie « autre » pour repérer d'éventuels nouveaux thèmes.

Après examen, il s'avère que beaucoup d'entre eux pouvaient en fait être classés dans l'un des 11 thèmes. Le plus souvent, ils auraient pu figurer sous le thème « planification du congé de l'hôpital et suivi dans la collectivité », ce qui laisse croire que certaines possibilités d'amélioration sont actuellement ignorées.

Grâce à cette analyse, nous avons défini un nouveau facteur : pressions sur le système et limites de ressources. Il entre en jeu dans les cas où des problèmes tels que le nombre de lits disponibles, l'engorgement, la gestion des ressources limitées ou le manque de personnel pourraient avoir contribué à la décision d'accorder le congé à la première visite. Un modèle de vérification révisé sera publié au début de 2019 pour étudier le rôle de ce facteur.

Visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles

Le nombre de problèmes de qualité et d'événements indésirables concernant les visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles est relativement peu élevé. Par conséquent, toutes les vérifications de ces visites dans les documents soumis en 2017 ont été analysées par une équipe d'urgentologues possédant une expertise en amélioration de la qualité afin de dégager d'autres informations. La présente section offre un résumé des observations effectuées en 2016 et en 2017.

IAM

Dans les documents soumis en 2017, 200 cas liés à un IAM et à un diagnostic connexe posé lors de la visite de référence ont fait l'objet d'une vérification, et 84 (42 %) ont révélé un problème de qualité ou un événement indésirable.

Dans le rapport de 2016, nous avons défini quatre thèmes regroupant les problèmes de qualité et les événements indésirables liés à un IAM :

- Patients ayant quitté le SU contre l'avis du médecin
- Profil de risque du patient

Diminuer les visites répétitives liées à un IAM

Parmi les trois diagnostics sentinelles (IAM, sepsie pédiatrique et hémorragie sous-arachnoïdienne), les visites répétitives liées à un IAM étaient les plus courantes. Diverses organisations ont reconnu l'importance des cas d'IAM potentiellement manqués et ont suggéré des initiatives d'amélioration de la qualité visant à régler ce problème dans les sections narratives.

Ces initiatives proposaient diverses solutions, qu'il s'agisse de sensibilisation et de vérification des cas avec le personnel, ou encore d'initiatives plus complexes comme la réduction du temps d'attente entre l'admission et la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG).

- Problèmes liés au test de la troponine
- Planification du congé de l'hôpital et suivi dans la collectivité

Dans les documents soumis en 2017, les vérifications liées à un IAM correspondaient généralement à l'un de ces quatre thèmes; nous avons toutefois décidé de modifier certains d'entre eux en fonction de nos observations (en gras ci-dessous). Nous avons également ajouté des exemples d'initiatives d'amélioration de la qualité relatives à ces thèmes.

Patients ayant quitté le SU contre l'avis du médecin ou sans voir vu un médecin

Après avoir analysé les résultats des vérifications de 2017, nous avons décidé d'élargir ce thème pour qu'il englobe les patients ayant quitté le SU sans avoir vu un médecin.

Les initiatives d'amélioration de la qualité liées à ce thème faisaient généralement partie des catégories suivantes :

- Réduction du temps d'attente pour diminuer le nombre de patients ayant quitté le SU sans avoir vu un médecin.
- Diminution du nombre de patients ayant quitté le SU contre l'avis d'un médecin grâce à l'amélioration de la communication avec les patients et à la sensibilisation.
- Réalisation d'un suivi auprès des patients présentant un risque élevé ayant quitté le SU contre l'avis d'un médecin (p. ex., patients ayant subi des analyses sanguines ou un ECG avant l'évaluation initiale du médecin).

Profil de risque du patient

Plusieurs cas concernaient des patients ne souffrant pas de douleurs thoraciques, mais présentant les symptômes courants du syndrome coronarien aigu (essoufflement, douleur épigastrique et faiblesse).

Voici quelques initiatives d'amélioration de la qualité visant à résoudre ce problème :

- Modification des directives médicales relatives à l'ECG et au test de la troponine pour prendre en compte tous les symptômes du syndrome coronarien aigu.
- Sensibilisation des médecins et des stagiaires au syndrome coronarien aigu sans douleurs thoraciques.

- Ajout d'un signal au dossier médical électronique pour les patients souffrant de problèmes cardiaques.

Problèmes liés au test de la troponine ou à l'ECG

Les problèmes liés au test de la troponine étaient encore courants dans les vérifications de 2017. Ils étaient généralement dus à l'omission de répéter le test ou de signaler des résultats normaux, mais qui révélaient une augmentation ou se trouvaient à la limite du seuil. Des problèmes semblables ont été relevés pour les ECG : dans certains cas, on ne les a pas répétés, ou on a remarqué a posteriori des anomalies passées inaperçues à la première visite.

Parmi les initiatives d'amélioration de la qualité relatives à ce problème, on retrouve les suivantes :

- Formation pour les médecins et les stagiaires sur l'interprétation des ECG.
- Mise en œuvre ou amélioration de protocoles :
 - o de répétition du test de la troponine ou de l'ECG;
 - o d'interprétation du test de la troponine (p. ex., toujours prendre en compte le delta dans le taux de troponine sérique, même si ce dernier reste bas)

Code d'état à la sortie, planification du congé de l'hôpital et suivi dans la collectivité

En 2017, les problèmes liés à la planification du congé de l'hôpital et au suivi dans la collectivité ont été une fois de plus monnaie courante dans les vérifications. Nous avons encore ici dégagé un sous-groupe supplémentaire, portant sur le code d'état à la sortie des patients avec un risque élevé d'IMA qui auraient pu être admis comme malades hospitalisés.

Les initiatives d'amélioration de la qualité les plus courantes s'articulaient autour de deux approches principales : l'utilisation de la stratification du risque pour repérer les patients présentant un risque d'IAM modéré à élevé, et l'amélioration du suivi.

- Amélioration ou mise en œuvre d'une méthode de stratification du risque permettant de repérer les patients présentant un risque d'IAM.
 - o Formation pour les médecins et les stagiaires sur l'angine de poitrine instable et les facteurs de risque.

- o Élaboration d'un protocole d'évaluation et de consignation du score HEART⁵ pour la stratification du risque.
- o Rétroaction interservices (p. ex., informer les consultants des décisions de donner le congé potentiellement dangereuses).
- Amélioration du suivi.
 - o Mise en place de protocoles d'aiguillage.
 - o Confirmation de la date et de l'heure des rendez-vous de suivi avant le départ du patient du SU.
 - o Sensibilisation des patients (p. ex., quoi faire si les symptômes persistent ou s'ils ne peuvent obtenir le rendez-vous de suivi recommandé).
 - o Réévaluation des processus de suivi.

Sepsies pédiatriques

Dans les documents soumis en 2017, 51 cas de sepsie pédiatrique ont été vérifiés, et 25 (49 %) ont présenté un problème de qualité ou un événement indésirable.

Les cas de 2016 et de 2017 ont révélé un élément commun : on a omis de reconnaître les signes vitaux anormaux ou de prendre les mesures nécessaires pour y remédier, en partie parce que les signes vitaux des enfants sont liés à l'âge et qu'une anomalie pourrait passer inaperçue chez les fournisseurs n'ayant pas l'habitude de traiter des enfants.

Une nouvelle observation récurrente a été recensée : on a omis de reconnaître certains cas de sepsie parce que la source de l'infection n'a pas été identifiée avec certitude. Cette erreur cognitive courante peut être attribuable à l'absence de consensus sur la définition du terme « sepsie pédiatrique ». Il est toutefois important que la sepsie soit envisagée lorsqu'il y a présence d'une infection soupçonnée ou confirmée accompagnée d'un ou de plusieurs signes de dysfonction des organes. Il n'est pas toujours possible de trouver la source de l'infection.

Les initiatives d'amélioration de la qualité portaient généralement sur l'élaboration de protocoles d'évaluation et d'intervention concernant les signes vitaux et sur les mesures à prendre en cas de fièvre chez les nourrissons.

- Une mise à l'essai en observation et un traitement de la fièvre suivis d'une réévaluation dans le SU pourraient être un moyen facile et non effractif de différencier la sepsie des maladies virales courantes

chez les enfants souffrant de fièvre et de tachycardie. De plus, l'utilisation d'outils déclencheurs et la présence d'assistants de chevet équipés de trousse d'outils pour les sepsies pédiatriques pourraient aider à rectifier les erreurs cognitives potentielles.

- Certains hôpitaux ont mentionné la mise en place du [système eCTAS](#), un outil de soutien décisionnel pour le triage. Le système permettra d'évaluer plus précisément et uniformément l'état de tous les enfants en fonction des signes vitaux propres à leur âge, et pourra aider à repérer plus facilement ceux qui présentent un risque de sepsie selon les anomalies relevées.

Hémorragie sous-arachnoïdienne

Dans les documents soumis en 2017, 19 cas d'hémorragie méningée ont été vérifiés, et 14 (74 %) ont mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable.

- Dans de rares cas, les médecins avaient commis des erreurs cognitives, en omettant par exemple de demander un tomodensitogramme après l'examen des dossiers alors qu'il aurait fallu le faire. Un suivi était alors généralement effectué auprès des médecins, qui recevaient une rétroaction.
- Dans certains cas, des divergences d'interprétation des clichés d'imagerie diagnostique ont été relevées lors du processus d'assurance de la qualité, et le patient a dû revenir au SU; cela met en évidence l'importance d'avoir un processus d'assurance de la qualité rigoureux en matière d'imagerie diagnostique.

Les initiatives d'amélioration de la qualité proposaient généralement de discuter de ces cas (avec le médecin traitant ou lors des séances sur la morbidité et la mortalité ou d'autres réunions) ou de donner des formations sur le sujet.

Conclusion

Les documents soumis en 2017 dans le cadre du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences montrent que les participants ont fait un effort remarquable pour améliorer la qualité des soins en appliquant le Programme.

Les hôpitaux participants ont mis le Programme en œuvre de diverses façons créatives adaptées à leur capacité et à leurs besoins, et bon nombre d'entre eux l'ont véritablement intégré à leur approche organisationnelle d'amélioration de la qualité. Nous avons également constaté qu'un vaste éventail d'initiatives sont nées de ce Programme : beaucoup de participants ont préparé des interventions complètes et multidimensionnelles visant à régler certains des problèmes de qualités détectés.

Nous continuerons à faire connaître le travail inspirant de tous ceux qui travaillent à la mise en œuvre du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences partout en Ontario. Des mises à jour seront publiées sur le site Web du Programme. Nous invitons également tous les participants à faire part de leur expérience et à discuter des leçons tirées sur Quorum.

Ensemble, nous pouvons instaurer une solide culture axée sur la qualité dans les urgences de l'Ontario et soutenir un système de santé sécuritaire, efficace, efficient, axé sur le patient et opportun.

Références

1. Cafazzo, J. A., et O. St-Cyr. « From discovery to design: the evolution of human factors in health care », *Healthcare Quarterly*, no 15 (numéro spécial), 2012, p. 24-29.
2. Gitkind, M. J., R. J. Perla, M. Manno et R. A. Klugman. « The "physician-led chart audit: " engaging providers in fortifying a culture of safety », *Journal of Patient Safety*, vol. 10, no 1, 2014, p. 72-79.
3. Kirschenbaum, L., S. Kurtz et M. Astiz. « Improved clinical outcomes combining house staff self-assessment with an audit-based quality improvement program », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, no 10, 2010, p. 1078-1082.
4. Boussat, B., A. Seigneurin, J. Giai, K. Kamalanavin, J. Labarère et P. François. « Involvement in root cause analysis and patient safety culture among hospital care providers », *Journal of Patient Safety*, 27 décembre 2017 [publication en ligne avant impression]. doi : 10.1097/PTS.0000000000000456.
5. Backus et coll. « A prospective validation of the HEART Score for chest pain patients at the emergency department », *International Journal of Cardiology*, vol. 168, no 3, 2013, p. 2153-2158.

Annexe A : Remerciements

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les nombreuses personnes dévouées qui ont contribué au présent rapport :

Groupe de travail sur le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences

Le groupe de travail a prodigué des conseils sur tous les aspects du Programme et a aidé à la rédaction et à la révision du présent rapport : Howard Ovens (co-président), Lee Fairclough (co président), Lucas Chartier, Olivia Ostrow, Carrie Anne Brunet, Lisa Calder, Heather Campbell, Allison Costello, Jonathan Dreyer, Gazelle D'Souza, Brittany Davis, Emily Hayes, Delaney Hines, Sudha Kutty, Michael Schull, Kaeli Stein, Tonja Stothart, Tara Wilson et Ivan Yuen.

Autres remerciements

Plusieurs urgentologues ont offert leur temps et leur expertise afin de nous aider à effectuer les analyses présentées dans le présent rapport : Lucas Chartier, Olivia Ostrow et Jesse McLaren.

Le personnel du programme Accès aux soins (Action Cancer Ontario) a préparé les rapports de données et a fourni un soutien précieux en ce qui a trait à la méthodologie : Kaeli Stein, Agam Dhanoa et Chris Lau.

Annexe B : Problèmes de qualité et événements indésirables : thèmes recensés dans les résultats de 2016

	Thème	Description
Thèmes reliés aux caractéristiques ou aux actions du patient	Profil de risque des patients	Ne pas tenir compte des situations à haut risque des patients (p. ex., âge, comorbidités, situation psychosociale, etc.) lors de l'évaluation et de la prise en charge.
	Soins des aînés	Ne pas tenir compte des présentations et besoins uniques des patients plus âgés.
Thèmes reliés aux actions ou aux interventions de l'équipe du service des urgences	Absences cognitives du médecin	Lacune dans les connaissances ou ne pas agir comme il se doit face aux signes et symptômes.
	Documentation	Documentation non optimale, qui peut avoir contribué au retour du patient.
	Transmissions/communication entre fournisseurs	Communication non optimale, surtout pendant les transmissions ou entre médecins et membres du personnel infirmier.
	Radiologie	Ne pas diagnostiquer correctement (urgentiste), ne pas communiquer (radiologue), ou ne pas noter adéquatement les divergences en temps opportun.
	Signes vitaux	Ne pas expliquer les signes anormaux ou les signes vitaux qui ne se reproduisent pas pendant de nombreuses heures pendant le séjour aux urgences ou avant la sortie.
	Médicaments à haut risque ou interactions médicamenteuses	Ne pas tenir compte des médicaments à haut risque lors de l'évaluation et de la prise en charge.
Thèmes reliés aux problèmes du système	Planification de la sortie/suivi en milieu communautaire	Ne pas évaluer le fonctionnement de base, la capacité de faire face et les systèmes de soutien disponibles avant le départ des urgences, ni la disponibilité des soins de suivi en milieu communautaire.
	Patients qui ont quitté malgré un avis médical contraire ou sans avoir consulté	Patients qui ont quitté malgré un avis médical contraire ou sans avoir consulté.
	Imagerie/tests disponibles	Disponibilité en temps voulu des tests d'imagerie ou d'autres tests, c.-à-d., après les heures.

Annexe C : Types d'intervention et position dans l'échelle d'efficacité des interventions

Type d'intervention	Description	Exemple
Fonctions de forçage	Il s'agit du moyen le plus puissant de modifier les comportements, car le but est de limiter la capacité des utilisateurs à déroger au plan d'action prévu.	Créer une fonction de forçage au moment du triage afin de demander à tous les patients de remplir un questionnaire de dépistage/outil déclencheur afin de mener à bien le processus de triage.
Automatisation et informatisation	Il s'agit des défaillances humaines (y compris de mémoire), des simples actes et tâches routinières ou répétitives qu'une personne est incapable de faire.	Créer un indice visuel qui apparaît sur le tableau électronique de suivi du patient afin de rappeler au personnel clinique d'envisager un diagnostic de septicémie pour les personnes qui en affichent tous les symptômes.
Simplification et normalisation	Cela réduit les variabilités et simplifie les étapes complexes en les regroupant en une décision ou une action unique.	Créer un ensemble d'ordonnances pour les personnes atteintes de septicémie, qui prône des soins fondés sur des données factuelles en fournissant des suggestions d'administration de FIV et d'antibiotiques en temps opportun, selon la source présumée de la septicémie.
Rappels, listes de vérification et doubles vérifications	Ces outils accroissent les redondances et comprennent des méthodes pour rappeler aux fournisseurs de soins la nécessité de mener à bien certaines actions.	Poser des affiches percutantes au sujet de la septicémie dans les salles d'attente des médecins (p. ex., « Avez-vous prescrit des antibiotiques dans les trois heures contre la septicémie? »).
Règles et politiques	Ces règles et politiques peuvent faciliter la résolution de problèmes complexes au sein des organismes. Les détails sont souvent très précis, mais souvent mal compris des utilisateurs, qui peuvent les oublier ou les négliger.	Adopter une consigne médicale qui stipule que les membres du personnel infirmier doivent effectuer une analyse de sang, une perfusion intraveineuse d'eau saline et administrer de l'acétaminophène avant que le médecin examine tous les patients qui montrent tous les signes de septicémie.
Éducation et formation	Ces fonctions sont une composante essentielle d'une initiative de changement complète en ce qu'elles constituent le moyen le plus puissant de motiver les gens à agir, toutefois, elles n'arrivent pas à elles seules à générer les changements souhaités et à les faire perdurer.	Établir une stratégie d'information multimodale (p. ex., tournées des médecins, réunions du personnel infirmier, courriels mensuels, etc.) afin de sensibiliser les fournisseurs de soins à l'importance du problème.

Ce tableau classe les types d'interventions de la plus efficace (fonctions de forçage) à la moins efficace (sensibilisation et formation).

À propos de Qualité des services de santé Ontario

À titre de conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé, Qualité des services de santé Ontario fournit des conseils à des secteurs de santé précis, au système dans son ensemble, et au ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur **la façon d'améliorer les soins de santé pour les patients et les fournisseurs de soins de santé.**

Qualité des services de santé Ontario a le mandat suivant :

- présenter au public des rapports sur le rendement du système de soins de santé;
- cerner les meilleures données probantes sur ce qui fonctionne;
- traduire ces données en normes et en outils concrets mis à la disposition des fournisseurs de soins de santé et des organismes de soins de santé dans le but de soutenir l'amélioration continue de la qualité.

Qualité des services de santé Ontario est régi par son propre conseil d'administration composée de 12 membres qui représentent les professions médicales, les professions infirmières, les patients et d'autres groupes de soins

de santé. L'organisme s'engage à soutenir la création d'un système de soins de santé de qualité qui repose sur six dimensions fondamentales : l'efficience, la prestation en temps voulu, la sécurité, l'efficacité, les soins axés sur le patient et l'équité.

Qualité des services de santé Ontario collabore en tout temps avec des médecins, du personnel infirmier, d'autres fournisseurs de soins de santé, des patients et leurs familles afin d'assurer la qualité supérieure des soins dans l'ensemble du système. Qualité des services de santé Ontario travaille également avec des organismes partenaires de partout dans la province afin de favoriser la diffusion de programmes innovants et éprouvés visant à réaliser des économies, à éliminer le chevauchement et à améliorer les soins.

Parmi les moyens utilisés par Qualité des services de santé Ontario pour améliorer la qualité des soins de santé, il y a les suivants :

- Diffusion d'outils pratiques à l'intention des médecins, du personnel infirmier, d'autres fournisseurs de soins de santé et des patients pour améliorer les soins de première ligne.
- Outils à l'intention des patients pour les aider à gérer leurs soins, comme une initiative afin d'aider les patients après avoir obtenu leur congé de l'hôpital.

- Accès rapide aux cliniques de traitement des dépendances dans les collectivités de l'Ontario.
- Renseignements confidentiels et facultatifs à l'intention des médecins de famille concernant leur pratique, ainsi que des suggestions concrètes sur la façon d'améliorer les soins qu'ils prodiguent.
- Programmes innovants d'amélioration de la qualité dans l'ensemble des secteurs de la santé, y compris les hôpitaux, les soins de longue durée, la santé mentale et la lutte contre les dépendances, pour assurer la diffusion de programmes éprouvés permettant de réaliser des économies, d'éliminer le chevauchement et d'améliorer les soins.
- Renseignements facilement accessibles et compréhensibles à l'intention des patients et des fournisseurs de soins de santé concernant les temps d'attente liés à des examens, des spécialistes et des soins chirurgicaux.
- Rapport annuel déposé à l'Assemblée législative sur la santé du système de santé de l'Ontario, afin de faire la lumière sur les points forts et les lacunes du système.
- Réalisation d'évaluations par un groupe indépendant de patients, de fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants, des technologies et des services de santé, suivie de recommandations en vue de leur financement public. Il s'agit d'examen rigoureux au cours desquels on analyse les données probantes, les avantages, les inconvénients, le rapport qualité-prix et l'abordabilité.
- Aider les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les organismes de soins primaires et de soins à domicile à établir des objectifs en matière d'amélioration de la qualité dans le cadre de leur plan d'amélioration de la qualité annuel, et à y répondre.
- Utiliser le pouvoir des outils numériques novateurs pour améliorer les soins de première ligne.
- Normes de qualité qui établissent, pour les cliniciens et les patients, une définition de soins de qualité fondée sur des données probantes pour des affections médicales graves, comme la consommation d'opioïdes et la démence, pour lesquelles il existe des variations injustifiées dans les soins.
- Participation active des patients et familles qui utilisent le système de soins de santé de manière à intégrer leur point de vue dans notre travail quotidien et élaboration d'outils destinés aux fournisseurs de soins de santé et aux patients afin d'établir un véritable partenariat pour améliorer la qualité des soins de santé.

L'intention de Qualité des services de santé Ontario est de tirer parti de l'énergie et de l'attention du système de soins de santé en misant sur les changements qui permettront d'améliorer les choses pour les patients et les fournisseurs de soins de santé, et sur les solutions pragmatiques fondées sur des données probantes. Le mandat de l'organisme est d'améliorer de façon continue la qualité des soins de santé en Ontario, tout en demeurant à l'écoute des médecins, du personnel infirmier, des autres fournisseurs de soins de santé, et des patients eux-mêmes, de manière à inspirer confiance, à maintenir la transparence et à favoriser la prise de responsabilité.

Pour obtenir de plus amples renseignements : www.hqontario.ca

ISBN 978-1-4868-2553-0 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018

Qualité des services de santé Ontario

130, rue Bloor Ouest, 10^e étage

Toronto, Ontario M5S 1N5

Tél. : 416 323-6868 | Sans frais : 1 866 623-6868

Télééc. : 416 323-9261

www.hqontario.ca