

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

---

## Résultats de la première année

Qualité des services  
de santé Ontario

*Améliorons notre système de santé*

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

Résultats de la première année

# Table of Contents

|  |    |
|--|----|
| Introduction .....   | 4  |
| Section 1. Mise en œuvre du Programme .....                            | 8  |
| Section 2. Aperçu des résultats des vérifications .....                | 12 |
| Visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues ..... | 17 |
| Diagnostics sentinelles .....  | 26 |
| Regard vers l'avenir .....   | 31 |
| Références .....   | 32 |
| Remerciements .....  | 33 |
| Annexe A. Méthodologie .....   | 35 |

# Introduction

Un système de santé équitable axé sur les patients qui se consacre sans relâche à l'amélioration. Voilà notre vision du système de santé de l'Ontario, tel qu'on le définit dans [La qualité ça compte](#).

Ce document définit les attributs d'un système de santé de qualité : sécuritaire, efficace, axé sur les patients, efficient, opportun et équitable. Il présente les principaux catalyseurs nécessaires à l'atteinte de cet idéal, notamment la prise de mesures pour favoriser une culture de la qualité dans l'ensemble du système. Bon nombre des programmes ontariens d'amélioration de la qualité mettent l'accent sur l'implantation de ces catalyseurs et sur l'aide aux communautés de cliniciens, aux équipes et aux organisations pour qu'elles tirent un apprentissage mutuel de leurs efforts d'amélioration de la qualité.

Le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences est une nouvelle initiative qui utilise cette approche. Lancé en avril 2016, il cherche à concentrer les efforts sur la qualité des soins et à bâtir une culture d'amélioration continue dans les urgences de la province.

Le Programme a été recommandé par un groupe de travail possédant de l'expertise dans l'amélioration de la qualité et comprenant des urgentologues et des représentants d'un certain nombre d'organismes intervenants, notamment le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Accès aux soins (Action Cancer Ontario) et Qualité des services de santé Ontario. Il a également été intégré au Programme de financement axé sur les résultats (FAR), une composante de la Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences de l'Ontario, ce qui montre la nécessité d'enrichir le programme pour qu'il corresponde à une vision élargie de la qualité, couvrant un nombre accru de dimensions de la qualité, qui sont au nombre de six (p. ex., sécurité). On s'attend à ce que les services des urgences (SU) des hôpitaux participant au Programme FAR participent également au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences, bien que les incitatifs financiers prévus ne dépendent pas des résultats de ce dernier. Par ailleurs, le Programme a bénéficié du soutien d'un partenariat réunissant Qualité des services de santé Ontario, Accès aux soins et le ministère de la Santé ainsi que des conseils d'un groupe de travail d'experts engagé dans toutes les étapes de sa conception.

La réponse a été enthousiaste : les 73 SU participant au Programme FAR et 13 autres SU ont choisi d'adhérer au Programme afin de mieux comprendre la qualité des soins aux patients et de l'améliorer lorsque c'est nécessaire.



## Aperçu du Programme

Les visites répétitives représentent seulement 1 % de toutes les visites aux urgences en Ontario. Malgré cette faible proportion, une évaluation approfondie de ces cas est pertinente puisque, selon des données probantes, ils seraient plus susceptibles d'être associés à des problèmes de qualité ou à des événements indésirables.<sup>1,2</sup>

Les SU participant au Programme reçoivent des rapports de données répertoriant les visites répétitives donnant lieu à une admission des patients qui ont initialement consulté leur service. Par la suite, ils font des vérifications visant à cerner les causes de ces visites et à repérer tout problème de qualité ou événement indésirable, puis prennent les mesures nécessaires pour s'attaquer aux causes et prévenir le retour des patients et les préjudices.

Les rapports de données abordent plusieurs types de visites répétitives : les visites répétitives dans les 72 heures donnant lieu à une admission, peu importe le diagnostic, et les visites répétitives dans les sept jours donnant lieu à une admission à la suite de l'obtention de l'un de trois diagnostics ciblés, nommés « diagnostics sentinelles », dans les cas où un diagnostic potentiellement connexe a été posé lors de la visite initiale. Les SU doivent d'abord faire la vérification de toutes les visites répétitives de leur établissement liées aux diagnostics sentinelles – infarctus aigu du myocarde, sepsie pédiatrique et hémorragie sous-arachnoïdienne –, puis vérifier les visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, jusqu'à l'atteinte du nombre de vérifications requis.

De plus, les SU participants doivent envoyer chaque année les résultats d'un nombre prédéterminé de vérifications (25 dans la première année) et une section narrative remplie au comité de la qualité de leur conseil d'administration et à leur chef de la direction pour les faire approuver, puis faire parvenir ces documents à Qualité des services de santé Ontario.

Enfin, le Programme vise à promouvoir les soins de qualité supérieure dans les SU par la mise au point d'une approche de réflexion sur la pratique, de collaboration et de reconnaissance systématique des possibilités d'amélioration qui serait efficace pour les cliniciens.

Notons qu'alors que les visites répétitives donnant lieu à une admission ne comptent que pour 1 % des visites aux urgences, celles liées aux diagnostics sentinelles, comptaient pour 0,007 % des visites.



Pour en savoir plus sur le Programme, consultez sa [page Web](#).



## Objectif du rapport

En date du 31 janvier 2017, 86 SU de la province avaient envoyé leurs résultats pour la première année du Programme.

Le présent rapport résume nos observations et notre analyse de ces résultats dans le but d'aider les SU à poursuivre l'instauration d'une culture d'amélioration continue et à améliorer la qualité des soins.

Les exemples fournis témoignent de l'engagement des SU à l'égard de l'amélioration de la qualité et énoncent quelques-unes des mesures prévues à cette fin. Nous espérons que les SU apprendront des exemples présentés ici et envisageront d'adapter les idées prometteuses des autres SU pour concevoir un programme d'une efficacité supérieure à implanter dans leur établissement durant la prochaine année.

## Analyses utilisées

Les SU ont présenté leurs résultats en remplissant deux documents :

1. Le modèle de vérification, qui contient les détails et les résultats des vérifications individuelles.
2. La section narrative, où ils ont répondu à des questions sur la participation au Programme, les leçons tirées, les difficultés rencontrées et les résultats obtenus.

Nos analyses ci-dessous sont basées sur ces deux documents.

Elles sont le fruit du travail d'une équipe d'urgentologues de la province ainsi que de spécialistes de l'amélioration de la qualité et d'analystes des données de Qualité des services de santé Ontario.

### Une note sur les exemples dans ce rapport



Tous les SU qui sont présentés dans ce rapport ont convenu de partager leurs expériences présentées ici.

Si vous avez une question sur l'un des exemples dans ce rapport, envoyez un courriel à [EDQuality@hqontario.ca](mailto:EDQuality@hqontario.ca). Nous allons contacter l'SU en question pour trouver plus d'informations.

Pour en savoir plus sur la méthodologie des analyses et les équipes responsables, consultez l'annexe A Méthodologie.



## Structure du rapport

Le présent rapport est divisé en trois parties :

**Section 1. Mise en œuvre du Programme** – Description de l'application concrète du Programme par les SU, selon notre analyse des sections narratives.

**Section 2. Aperçu des résultats des vérifications** – Résumé de l'analyse quantitative des données numériques et des résultats des vérifications.

**Section 3. Problèmes de qualité et événements indésirables mis en évidence par les vérifications : thèmes récurrents et projets d'amélioration** – Résumé de l'analyse qualitative des vérifications qui ont cerné un problème de qualité ou un événement indésirable, et exemples de projets d'amélioration de la qualité relatifs à chacun des thèmes mis en lumière. L'analyse a été menée par une équipe d'évaluateurs cliniques qui ont lu tous les documents de vérification.

« Étant donné la nature et le but des soins d'urgence, l'équipe du SU n'est souvent pas informée de l'évolution de l'état de santé des patients après leur congé de l'hôpital. Grâce à ce programme, nous avons pu examiner plus en profondeur l'incidence des soins sur l'évolution de l'état de santé des patients après leur départ de l'urgence et ainsi élargir les possibilités d'amélioration de la qualité au sein du SU. »

–Scarborough and Rouge Hospital

# Section 1. Mise en œuvre du Programme

Nous décrivons ici l'application concrète du Programme par les SU telle qu'ils l'ont décrite dans les sections narratives soumises et donnerons quelques exemples de la façon dont le programme a été adapté aux établissements.

Nous encourageons les SU à lire ces exemples et à s'inspirer de ceux qui, à leurs yeux, seraient réalisables et utiles pour l'amélioration de la qualité dans leur établissement.

## Participation de nombreux types d'intervenants, dont des médecins de première ligne et d'autres travailleurs des SU

Les SU participants ont utilisé de nombreux moyens pour faire participer le personnel et les cliniciens au Programme.

- Beaucoup ont formé des équipes multidisciplinaires qui ont pris la responsabilité des vérifications. Ces équipes comprenaient généralement des médecins et des infirmiers.
- Certains ont également mobilisé le personnel affecté à la sécurité des patients et à la qualité des soins, si celui-ci était disponible et sa participation, possible.
- Ils ont aussi été nombreux à demander à des médecins de première ligne de réaliser seuls les vérifications : certains ont demandé qu'ils le fassent sur une base volontaire, tandis que d'autres ont exigé que les médecins réalisent une vérification des cas dans lesquels ils sont intervenus.

La participation du personnel de première ligne a favorisé la diversité des commentaires reçus, qui représentaient donc une multitude de points de vue. Cette approche mettra vraisemblablement le doigt sur des problèmes qu'un seul fournisseur ou groupe de fournisseurs de soins aurait manqués.

Le **Centre régional de santé Southlake** a inclus les infirmiers du SU à son comité d'examen, et a ajouté une colonne au modèle de vérification pour y inscrire les possibilités d'amélioration de la qualité des soins infirmiers à l'urgence.

« En participant à ce programme, nous avons pu mettre en place un processus de vérification et d'évaluation structuré pour examiner les réadmissions au SU. Ce nouvel outil nous aide à repérer des initiatives d'amélioration des processus à mettre en œuvre dans le SU et à encourager une communication efficace entre les médecins et le personnel infirmier. Le programme est axé sur l'amélioration et non sur la gestion du rendement. »

—Hôpital général de St. Thomas-Elgin

L'Hôpital de Scarborough et Rouge a indiqué qu'il ferait participer des patients consultants à la rédaction du sommaire des résultats et à la planification des mesures pour la deuxième année du Programme.

Le **système de santé Sinai** a formé une équipe multidisciplinaire chargée de réaliser les vérifications obligatoires. De plus, les données des rapports ont été séparées par médecin traitant à la visite initiale, et les taux de consultations répétitives ont été calculés sur une base individuelle. Chaque médecin s'est vu remettre un rapport indiquant son taux de visites répétitives, le taux et l'intervalle pour l'ensemble du groupe ainsi que les cas qu'il a pris en charge, sous forme de liste. L'établissement a aussi conseillé les médecins sur la procédure de vérification et leur a proposé de les aider ou d'en discuter avec eux, tout en leur laissant le choix quant à leur degré de participation.

## Production de rapports internes sur les visites répétitives pour réduire le délai de vérification

De nombreux SU ont indiqué avoir mis sur pied une procédure de production de rapports sur les visites répétitives dans leur établissement pour faire en sorte que le repérage et la vérification de ces cas soient rapides; quelques autres ont plutôt inscrit qu'ils utilisaient une procédure du genre avant même la création du Programme.

Bien que cette façon de faire puisse être irréaliste pour bon nombre de SU, qui ne disposent pas des ressources et des infrastructures nécessaires, elle peut réduire le délai d'obtention des rapports de données (correspondant au temps pour qu'Accès aux soins reçoive les données de l' de l'Institut canadien d'information sur la santé, réalise son analyse et prépare les rapports) et le délai de vérification. Ainsi, les cliniciens peuvent exprimer plus en détail leurs idées, car ils se souviennent mieux des cas.

Depuis trois ans, **The Hospital for Sick Children** fait le suivi des visites répétitives dans les 72 heures donnant lieu à une admission. Plusieurs projets d'amélioration de la qualité sont nés de cette initiative, dont un programme d'optimisation du traitement des drépanocytoses, un algorithme de suivi des cultures et d'interventions par paliers et un projet lié à la prise en charge de la fièvre chez les nourrissons. L'établissement trouve que la valeur du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences réside dans la mesure de l'indicateur

« En plus de nous permettre d'acquérir une expérience pertinente, les vérifications nous incitent à modifier nos comportements après avoir observé ceux des autres. »

—**Système de soins de santé communautaires de Brant**

portant sur les diagnostics sentinelles, notamment sur la sepsie pédiatrique, et dans la détection des cas de visites répétitives dans d'autres hôpitaux (qui autrement auraient été ignorés).

Le **Centre régional de santé de Peterborough** a écrit qu'il avait déjà un programme d'amélioration de la qualité prévoyant le repérage des visites répétitives, plus précisément des visites répétitives dans les 48 heures liées à une affection aiguë, et a nommé de nombreux projets d'amélioration de la qualité découlant de ce programme.

## Sélection ciblée des cas faisant l'objet d'une vérification dans le but d'approfondir les connaissances ou de suivre certains champs d'intérêt

Quelques SU se sont dits intéressés à faire des vérifications sur des cas choisis en fonction de leur potentiel d'approfondissement des connaissances.

L'**Hôpital Ross Memorial** prévoit, pour la deuxième année du Programme, en adapter le contenu en fonction de ses objectifs stratégiques. Il envisage de se pencher sur les visites répétitives liées à la maladie pulmonaire obstructive chronique, un de ses axes d'amélioration de la qualité cette année.

La **Lakeridge Health Corporation** planifie dresser une liste des 10 principaux thèmes et possibilités d'amélioration mis en lumière par le Programme, et possiblement utiliser une approche plus ciblée pour la vérification des visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues pour la deuxième année, selon les thèmes définis.

Le **Réseau universitaire de santé** et son équipe de soutien décisionnel ont produit des listes des diagnostics à la sortie, autant pour les visites initiales et les visites et admissions subséquentes, qu'ils ont ensuite examinées pour déterminer les diagnostics les plus fréquents dans les deux situations. Pour la première année du Programme, ils ont veillé à ce que des cas associés à ces diagnostics fréquents fassent partie des visites répétitives, toutes causes confondues, faisant l'objet d'une vérification. Dorénavant, ils pensent faire des vérifications ciblées selon des champs d'intérêt, mais aussi sur quelques cas aléatoirement choisis; ainsi, l'établissement aura toujours la possibilité de détecter des problèmes de qualité jusque-là inconnus.

 *Nous avons constaté qu'en intégrant le personnel de première ligne au processus, tout le monde participe aux apprentissages et aux résultats et sent qu'il contribue à l'amélioration du service.* 

**-Bluewater Health**

## Discussions régulières sur les résultats

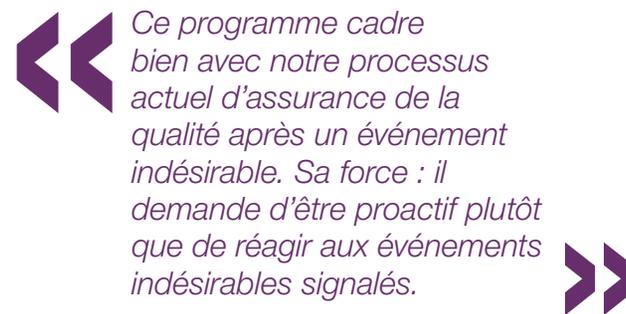
Un grand nombre de SU ont indiqué apporter les résultats des vérifications aux réunions de leur comité de la qualité. Certains ont aussi fait mention de discussions sur les vérifications durant les rondes.

La tenue régulière de discussions sur les vérifications peut contribuer au développement d'une culture d'amélioration de la qualité. Pour y arriver, les discussions doivent détourner l'attention des professionnels liés à des cas précis, montrer que tous les cliniciens peuvent faire face à des problèmes de qualité et à des événements indésirables et souligner les changements qui pourraient être apportés au système pour prévenir ces problèmes et événements. Les exemples concrets peuvent aussi être des éléments déclencheurs de changement : ils peuvent convaincre les cliniciens de se mobiliser et convaincre les dirigeants de l'importance d'un problème.

## Possibilités de collaboration avec d'autres établissements ou avec le RLISS

Quelques SU ont décrit les partenariats qu'ils mettent en place pour communiquer les apprentissages tirés du Programme. Certains croient que ces partenariats leur permettront de ne pas perdre la trace des patients dont la visite répétitive et l'admission ont eu lieu dans un autre hôpital.

Selon **Horizon Santé-Nord**, les premières discussions sur l'établissement d'une collaboration visant la présentation et l'échange de résultats sont en cours dans le RLISS du Nord-Est.



*Ce programme cadre bien avec notre processus actuel d'assurance de la qualité après un événement indésirable. Sa force : il demande d'être proactif plutôt que de réagir aux événements indésirables signalés.*

**–Centre régional de santé de North Bay**

## Section 2. Aperçu des résultats des vérifications

Cette section résume les données numériques sur les vérifications et présente une analyse quantitative des résultats obtenus, selon les renseignements indiqués dans les modèles de vérification.

### Types de visites répétitives vérifiées

Les rapports de données fournis aux SU abordent plusieurs types de visites répétitives :

- les visites répétitives dans les 72 heures donnant lieu à une admission, peu importe le diagnostic (appelées « visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues »);
- les visites répétitives dans les sept jours donnant lieu à une admission en lien avec l'un des trois diagnostics ciblés, nommés « diagnostics sentinelles », dans les cas où un diagnostic potentiellement connexe a été posé lors de la visite initiale (appelées « visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles »).

La première définition ci-dessus provient d'une étude menée dans une urgence ontarienne qui a montré que les visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, étaient des éléments déclencheurs utiles pour repérer les événements indésirables lors des vérifications.<sup>1</sup>

Les trois diagnostics sentinelles ayant fait l'objet de vérifications dans le cadre du Programme sont l'infarctus aigu du myocarde (IAM), la sepsie pédiatrique et l'hémorragie sous-arachnoïdienne. La définition des visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles est tirée de trois articles étudiant le sujet dans le contexte des SU ontariens.<sup>3-5</sup> Ces diagnostics sentinelles ont été choisis pour plusieurs raisons. D'abord, l'ajout du critère du diagnostic connexe à la visite initiale augmente la probabilité que les deux visites soient liées, ce qui réduira vraisemblablement le nombre de cas nécessaires à la détection d'une possibilité d'amélioration de la qualité. De plus, l'IAM, la sepsie pédiatrique et l'hémorragie sous-arachnoïdienne sont des maladies pour lesquelles il y a une forte probabilité d'invalidité ou de décès résultant d'un mauvais diagnostic; par conséquent, les SU qui cherchent à mettre en évidence des problèmes de qualité ayant nui à la reconnaissance d'un diagnostic sentinelle peuvent donc, en s'attaquant à ces problèmes, prévenir des préjudices considérables aux patients.



## Taux de détection de problèmes de qualité ou d'événements indésirables selon le type de visites répétitives

Nous avons relevé les taux de détection de problèmes de qualité ou d'événements indésirables selon le type de visites répétitives (tableau 1). Comme prévu, ces taux étaient plus élevés pour les cas liés aux diagnostics sentinelles (approximativement 50 % pour chaque diagnostic) par rapport aux visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues (24 %).

À 24 %, le taux de détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable parmi les visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, est supérieur aux taux rapportés dans la littérature : par exemple, dans une étude de Calder et coll. (2015), seulement 11,9 % des visites répétitives dans les 72 heures d'un SU de l'Ontario ont été associées à un événement indésirable.<sup>1</sup>

Nous nous attendions toutefois à ce que le taux de détection du Programme soit plus élevé, car certains SU ont délibérément fait leurs vérifications sur des cas qu'ils croyaient liés à un problème de qualité ou à un événement indésirable, ou ont retiré des cas de la liste d'analyse lorsqu'il devenait évident qu'ils n'en tireraient rien.

Pour en savoir plus sur les caractéristiques techniques des types de visites et sur les méthodes utilisées pour les reconnaître, rendez-vous à la page 9 du [Programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences : foire aux questions](#).



**TABLEAU 1**

**Types de visites répétitives, nombres de cas ayant fait l'objet d'une vérification et nombres (%) de vérifications ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable**

| Type de visites répétitives  | Nombre de cas ayant fait l'objet d'une vérification | Nombre (%) de vérifications ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable |
|--|---|--|
| Cas non liés aux diagnostics sentinelles<br>(visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues) | 2 354   | 571 (24 %)   |
| Diagnostics sentinelles (total)  | 219   | 107 (49 %)   |
| Infarctus aigu du myocarde   | 175   | 85 (49 %)  |
| Sepsie pédiatrique   | 28  | 14 (50 %)  |
| Hémorragie sous-arachnoïdienne   | 16  | 8 (50 %)   |

Par ailleurs, il ne faut pas oublier la variabilité probablement importante dans la définition que se font les vérificateurs des concepts de problème de qualité et d'événement indésirable. Les SU ont reçu des lignes directrices à ce sujet, mais comme la décision requiert toujours un certain jugement clinique, des différences sont à prévoir.

Le biais de sélection qui influe sur le taux associé aux visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, n'a pas d'incidence sur le taux associé aux cas de diagnostics sentinelles, car ces derniers doivent tous faire l'objet d'une vérification.

Les SU qui ont détecté très peu de problèmes de qualité et d'événements indésirables pourraient envisager l'utilisation de méthodes énoncées à la section 1 (p. ex., présélection des cas; participation de vérificateurs non liés au cas afin d'obtenir un point de vue différent) afin d'accroître leurs possibilités d'amélioration pour l'an prochain.

## Gravité des cas où un problème de qualité ou un événement indésirable a été mis en évidence

Le modèle de vérification du Programme demandait aux participants de déterminer la gravité des cas associés à un problème de qualité ou à un événement indésirable à l'aide du système de classification de l'OMS.<sup>6</sup> Nous avons pu constater que la gravité du préjudice était plus importante si le cas était lié aux diagnostics sentinelles, et que parmi ces cas, ceux pour lesquels un problème de qualité ou un événement indésirable a été détecté entraînaient plus souvent un préjudice modéré ou grave, voire un décès (tableau 2). Ces résultats démontrent une fois de plus l'importance de la vérification des visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles.

### À propos des vérifications n'ayant mis en évidence ni problème de qualité ni événement indésirable



De nombreux cas où aucun problème de qualité ou événement indésirable n'a été détecté sont liés à l'évolution naturelle de la maladie. Certaines vérifications disent explicitement que le patient a reçu, au congé de la visite initiale, la consigne de revenir à l'urgence si son état s'aggravait. Il s'agit là d'un bon exemple de visite répétitive associée à des soins appropriés, et il s'agit en partie de la raison pour laquelle le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences n'est pas axé sur la réduction du taux de visites répétitives : le retour d'un patient est parfois préférable à son hospitalisation à la première visite, et la visite rapide vient démontrer la clarté des directives de congé ainsi que leur compréhension par le patient.

**TABLEAU 2**

**Gravité des préjudices causés par les problèmes de qualité et les événements indésirables, selon le type de visites répétitives.**

| Gravité des événements indésirables et des problèmes de qualité relevés | Type de visites répétitives, n (%)  |   |                                      |                           |                                   |
|---|---|---|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
|   | Cas non liés aux diagnostics sentinelles (visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues) | Diagnostics sentinelles                 |                                      |                           |                                   |
|   |   | Diagnostics sentinelles (total) (n=107) | Hémorragie sous-arachnoïdienne (n=8) | Sepsie pédiatrique (n=14) | Infarctus aigu du myocarde (n=85) |
| <b>Aucune</b>   | 44 (7.7 %)  | 4 (3.7 %)                               | 1 (12.5 %)                           | 0 (0 %)                   | 3 (3.5 %)                         |
| <b>Légère</b>   | 201 (35.2 %)  | 20 (18.7 %)                             | 1 (12.5 %)                           | 4 (28.6 %)                | 15 (17.6 %)                       |
| <b>Modérée</b>  | 233 (40.8 %)  | 55 (51.4 %)                             | 1 (12.5 %)                           | 8 (57.1 %)                | 46 (54.1 %)                       |
| <b>Grave</b>  | 53 (9.3 %)  | 14 (13.1 %)                             | 1 (12.5 %)                           | 2 (14.3 %)                | 11 (12.9 %)                       |
| <b>Décès</b>  | 10 (1.8 %)  | 6 (5.6 %)                               | 1 (12.5 %)                           | 0 (0 %)                   | 5 (5.9 %)                         |
| <b>Indéterminée</b>   | 13 (2.3 %)  | 7 (6.5 %)                               | 2 (25 %)                             | 0 (0 %)                   | 5 (5.9 %)                         |
| <b>Non précisée</b>   | 17 (3.0 %)  | 1 (0.9 %)                               | 1 (12.5 %)                           | 0 (0 %)                   | 0 (0 %)                           |

## Section 3. Problèmes de qualité et événements indésirables mis en évidence par les vérifications : thèmes récurrents et projets d'amélioration

Cette dernière section résume les résultats de l'analyse qualitative des vérifications qui ont mis en évidence un problème de qualité ou un événement indésirable, explore les thèmes fréquemment observés, selon le type de visites répétitives, et donne des exemples de projets d'amélioration de la qualité mis en place par des SU pour aborder ces thèmes.

### À propos de la méthodologie

L'analyse qualitative des vérifications ayant mis en évidence un problème de qualité ou un événement indésirable est le fruit du travail d'urgentologues ayant une expertise en amélioration de la qualité (l'équipe d'évaluation clinique du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences). L'équipe s'est d'abord penchée sur les vérifications des visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, pour lesquelles un problème ou un événement a été détecté, puis en a dégagé 11 thèmes récurrents. Elle a ensuite analysé les vérifications liées aux diagnostics sentinelles, aussi pour en résumer les principaux thèmes.

Un groupe de spécialistes de l'amélioration de la qualité de Qualité des services de santé Ontario a fait un examen indépendant des sections narratives remplies; les exemples de projets de la présente section en sont largement tirés, bien que quelques-uns proviennent directement des modèles de vérification.

Nous avons choisi d'inclure dans le rapport des exemples de projets d'amélioration précis qui pourraient être suivis par d'autres SU, ainsi que de projets occupant les niveaux supérieurs sur l'échelle de l'efficacité. Même si de nombreux SU ont formulé des énoncés généraux sur l'information et l'éducation des cliniciens en lien avec un problème, nous n'avons pas intégré d'exemples du genre dans le rapport.

Pour en savoir plus sur la méthodologie des analyses et les équipes responsables, consultez l'annexe A Méthodologie.



Nous encourageons les participants au Programme à prendre connaissance de ces thèmes et à se demander si leur établissement pourrait les trouver utiles... En appliquant ainsi les apprentissages faits par les autres SU, les établissements pourraient cerner et régler leurs problèmes analogues de façon proactive, soit avant qu'un problème de qualité ou un événement indésirable majeur ne survienne.

## Visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues

Au total, 571 cas (24 %) parmi les 2 365 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. À partir de ces cas, l'équipe d'évaluation clinique a fait ressortir 11 thèmes clés, que nous avons divisés en trois groupes :

1. Thèmes reliés aux caractéristiques ou aux actions du patient
2. Thèmes reliés aux actions ou aux interventions de l'équipe du service des urgences
3. Thèmes reliés aux problèmes du système

Chacun des thèmes est abordé en détail ci-dessous.

### 1. Thèmes reliés aux caractéristiques ou aux actions du patient

#### Profil de risque du patient

De nombreuses visites répétitives ont été effectuées par des patients présentant un risque élevé attribuable à des comorbidités multiples, à leur état psychosocial, à leur réseau de soutien ou encore à leur âge (p. ex., patients pédiatriques). Les cliniciens des services des urgences (SU) pourraient ne pas avoir tenu suffisamment compte de ces facteurs aux étapes de l'évaluation et de la prise en charge.

#### *Approches pour améliorer la qualité*

L'**Hôpital général de la baie Georgienne** a souligné que sa collaboration avec les Maillons santé de Simcoe Nord Muskoka pour repérer les patients présentant un risque

L'échelle d'efficacité des interventions peut aider les SU à planifier leurs projets d'amélioration de la qualité; pour la consulter, cliquez [ici](#) [en anglais seulement].



élevé et communiquer avec eux l'aidera à réduire au minimum le risque de visites répétitives. L'établissement déploie actuellement des efforts pour veiller à ce que les patients aient accès à des plans de soins coordonnés au sein du SU.

Le **Centre de santé St-Joseph (Toronto)** a indiqué qu'il serait nécessaire de sensibiliser et de renseigner le personnel de son SU à l'égard des besoins complexes des patients aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. L'établissement prévoit continuer de diffuser des témoignages obtenus par l'intermédiaire du maillon santé du SU concernant des patients aux prises avec ce type de problème (bon nombre d'entre eux sont de grands utilisateurs des SU) pour discuter de leurs défis et de leurs besoins.

## Patients âgés

Les visites répétitives donnant lieu à une admission sont souvent associées à des patients âgés. De nombreux cas associés à des patients âgés et ayant fait l'objet d'une vérification ont révélé que les besoins uniques et les signes que présentaient ces patients ne semblaient pas avoir été suffisamment pris en considération ou abordés durant leur première visite au SU.

Voici quelques exemples de problèmes courants vécus par des patients âgés :

- Le patient ne dispose pas d'un soutien adéquat dans la collectivité, notamment de la part de sa famille et de ses amis, ni d'un réseau de soutien médical adéquat (p. ex., soins à domicile), ce qui pourrait avoir nui à la mise en œuvre de son plan de soins et entraîné la visite répétitive.
- Le patient est atteint de comorbidités multiples, ce qui pourrait être à l'origine d'un chevauchement ou d'un conflit avec le plan de soins prescrit.
- La santé mentale du patient est altérée (p. ex., démence), ce qui l'empêche de bien communiquer ses symptômes.

### *Approches pour améliorer la qualité*

La cause première des problèmes de qualité qui touchent les patients âgés pourrait être associée non pas aux SU, mais plutôt au système de santé en général (p. ex., soutien inadéquat dans la collectivité). Certains établissements ont reconnu qu'ils pourraient déployer davantage d'efforts pour aider les patients âgés à accéder à des ressources à l'extérieur de l'hôpital. Cela dit, les SU doivent tout de

même veiller à rendre les plans de congé plus sécuritaires, que ce soit en communiquant avec les aidants naturels des patients (présents ou non avec eux au SU), en mobilisant des professionnels paramédicaux au SU lorsque c'est possible (p. ex., physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social) ou en faisant appel à des infirmiers spécialisés en médecine gériatrique d'urgence.

**L'Hôpital Queensway Carleton** a saisi une occasion d'améliorer les soins fournis aux patients âgés. L'établissement a pris plusieurs mesures pour rendre son SU plus convivial pour les patients gériatriques, entre autres en offrant aux infirmiers et aux médecins la possibilité de suivre les formations suivantes :

- Formation pour les infirmiers-ressources en gériatrie
- Formation sur les soins infirmiers gériatriques d'urgence
- Cours en ligne pour les médecins offerts sur le site Web Geri-EM
- Journée de formation pour les médecins animée par un gérontologue
- Participation à un atelier portant sur la création de SU conviviaux pour les patients âgés

**L'Hôpital de Scarborough et Rouge** a mis sur pied un projet régional de prise en charge gériatrique dans son SU en collaboration avec le CASC du Centre-Est et le Seniors Care Network [Réseau de soins aux personnes âgées] du RLISS du Centre-Est. L'objectif : renforcer les connaissances et les capacités et adopter des normes de soins fondées sur les pratiques exemplaires à l'égard des personnes âgées vulnérables dans les SU.

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

Certaines visites répétitives ont été effectuées par des patients qui ont quitté le SU contre l'avis du médecin ou sans avoir vu un médecin lors de leur première visite. Certains patients sont également partis après la mise en place d'une directive médicale. De nombreux SU ont abordé ce thème dans la section narrative des documents soumis. Certains ont indiqué que ces visites répétitives ont pu être effectuées par des patients qui ne se sentaient pas assez bien pour attendre pendant de longues périodes.

Le site Web Geri-EM propose des séances d'apprentissage personnalisé et en ligne sur la médecine gériatrique d'urgence.



Pour en savoir plus, visitez le [www.geri-em.com](http://www.geri-em.com).

Même si ce thème a souvent été mentionné, il faut garder en tête que les vérifications menées dans le cadre de ce programme ne prennent pas en compte les nombreux patients qui quittent le SU sans avoir vu un médecin et qui ne vivent aucun événement indésirable par la suite. D'ailleurs, selon une analyse des données provenant de SU à haut volume en Ontario, les personnes qui quittent sans avoir vu un médecin ne sont pas exposées à un risque accru de décès ou d'hospitalisation dans les 7 jours suivants.<sup>7</sup>

### *Approches pour améliorer la qualité*

La surpopulation et le temps d'attente aux urgences sont perçus comme des facteurs qui contribuent grandement à la décision de quitter le SU avant d'avoir vu un médecin ou d'avoir obtenu leur congé. La réduction du temps d'attente à l'urgence devrait aider à réduire le nombre de personnes qui prennent cette décision.

Certains SU ont mentionné qu'ils planifiaient effectuer un suivi auprès des patients qui décident de quitter sans avoir vu un médecin (p. ex., par téléphone). Nous invitons les SU à choisir leur approche avec soin pour tirer profit au maximum de leurs efforts, compte tenu du fait que ces patients ne semblent pas être exposés à un risque accru de décès et d'hospitalisation.<sup>7</sup> Ils pourraient par exemple effectuer un suivi auprès des patients considérés à l'étape de triage comme présentant un risque élevé.

**L'Hôpital général de Kingston** a mis en place un système de cartes d'urgence à l'étape du triage, dont le but est de rappeler aux infirmières de triage de procéder à des réévaluations.

L'hôpital prévoit procéder à des vérifications mensuelles en se concentrant sur le temps de réévaluation et le taux d'achèvement.

## 2. Thèmes reliés aux actions ou aux interventions de l'équipe du service des urgences

### **Problèmes liés à la documentation par les médecins**

On a mentionné dans bon nombre de vérifications que la documentation dans les dossiers n'était pas optimale (p. ex., illisible ou incomplète). Certains urgentologues ayant effectué des vérifications sont d'avis que cette situation a contribué au nombre de visites répétitives. Selon d'autres, elle a nui à l'établissement des causes des visites répétitives, puisque des renseignements pertinents n'ont pas été consignés.

Voici quelques exemples de problèmes courants en lien avec la documentation :

- Les antécédents et l'examen physique d'un patient ne sont pas suffisamment documentés.
- Des tests nécessaires n'ont pas été prescrits ou n'ont pas été consignés.
- Rien n'indique que le médecin traitant a examiné les résultats des tests.

#### *Approches pour améliorer la qualité*

À la suite de leurs vérifications, plusieurs SU ont reconnu qu'ils pourraient améliorer divers aspects de leur tenue des dossiers médicaux. D'ailleurs, un établissement met actuellement en place un projet Lean pour améliorer son processus de gestion des dossiers, tandis qu'un autre envisage de modifier la page couverture du dossier de santé dans son SU afin d'améliorer le processus de documentation.

### **Manquements intellectuels potentiels de la part du médecin**

Sont incluses dans cette vaste catégorie les vérifications ayant mis en évidence un manque de connaissances chez le médecin traitant ou un défaut d'agir malgré les signes et les symptômes d'un patient.

#### *Approches pour améliorer la qualité*

Le fait de demander à des cliniciens de procéder à une vérification des visites répétitives pour déceler toute inattention potentielle (ou à l'aide de toute autre approche de vérification et de rétroaction) permet de prévenir la récurrence de ces inattentions.

De nombreux SU ont indiqué que ce genre de cas fait l'objet de discussions avec le clinicien, l'équipe du SU ou lors de séances sur la morbidité et la mortalité.

Quelques SU ont mentionné dans leurs vérifications des interventions éducatives pour pallier des manques de connaissances précis. Par exemple, l'**Hôpital d'Ottawa** prévoit offrir aux urgentologues un atelier axé sur le test « HINTS » (*Head Impulse, Nystagmus, Test of Skew*) pour les aider à effectuer cet examen clinique de nature difficile.

## Médicaments à risque élevé et interactions médicamenteuses

Dans certaines vérifications, on a recensé des cas où le risque élevé associé à des médicaments n'a pas été pris en considération et où des interactions médicamenteuses n'ont pas été abordées aux étapes de l'évaluation et de la prise en charge.

### *Approches pour améliorer la qualité*

L'**Hôpital général de la baie Georgienne** planifie mettre en œuvre une initiative visant à dresser un bilan comparatif des médicaments pour les patients non admis présentant un risque élevé.

Le **Centre Sunnybrook des sciences de la santé** planifie mettre en œuvre une initiative d'amélioration de la qualité pour joindre la liste des médicaments des patients à leur dossier du SU.

L'**Hôpital de Markham-Stouffville** a organisé des séances à l'intention du service de gériatrie et du SU sur la prescription de médicaments aux patients âgés, un élément à améliorer selon le comité d'examen de l'établissement.

## Problèmes liés à des signes vitaux anormaux ou non consignés

Des problèmes associés à la consignation, à la communication et à la réévaluation des signes vitaux ont été fréquemment mentionnés. Voici quelques exemples précis :

- Des signes vitaux anormaux notés au triage ou par un infirmier ne sont pas mentionnés dans le dossier du médecin ou n'ont pas été évalués avant le congé du patient.
- Les signes vitaux n'ont pas été mesurés pendant une longue période (p. ex., heures) durant le séjour du patient au SU ou avant son congé (ou ils ont été mesurés, mais n'ont pas été consignés au dossier).
- Des signes vitaux anormaux ont été consignés dans les notes de l'infirmier après la dernière interaction du médecin avec le patient, mais rien n'indique qu'ils ont été transmis au médecin traitant.

### *Approches pour améliorer la qualité*

Un SU a observé que des signes vitaux anormaux étaient parfois ignorés lorsque les signes cliniques et l'évaluation du patient n'étaient pas inquiétants. L'établissement travaille à concevoir une initiative pour améliorer le processus de congé des patients pédiatriques en veillant à ce qu'un ensemble de signes vitaux soit mesuré au moment du congé et transmis au médecin.

L'**Hôpital général St. Mary** a ajouté un code de couleurs à son tableau de suivi indiquant à quel moment les signes vitaux doivent être évalués.

L'établissement **Bluewater Health** a relevé une occasion d'améliorer le processus de congé de son SU. Il met actuellement sur pied un groupe de discussion et un groupe de travail qui examineront les résultats obtenus dans le cadre de ce programme, entre autres sur les sujets suivants :  
évaluation des signes vitaux, évaluations, documentation lors de l'admission au SU, gestion de la pharmacothérapie et processus habituels en matière d'information et d'exams à effectuer avec le départ du patient (p. ex., signes vitaux, instructions par rapport au congé et évaluations requises).

## **Transferts et communication entre les fournisseurs**

Certaines vérifications ont mis en évidence une communication sous-optimale entre les fournisseurs, en particulier lors des transferts et entre les médecins traitants et le personnel infirmier. De tels écarts dans la qualité des soins ont déjà été décelés.

### *Approches pour améliorer la qualité*

L'**Hôpital du district de Milton** a réorganisé son service pour améliorer le flux de travail et la communication. Des améliorations ont été apportées à la communication, plus particulièrement entre les médecins et le personnel infirmier en ce qui concerne les réévaluations et les traitements.

L'**Hôpital de Scarborough et Rouge (site Centenary)** a relevé des possibilités d'amélioration de la communication entre les membres de son équipe, les patients et leurs proches. Un projet d'amélioration de la qualité a été mis en place pour faciliter la communication et prévenir les erreurs. On a entre autres modifié le tableau de triage, les dossiers du SU et les documents liés au transfert pour améliorer la transition des soins aux patients.

## Problèmes liés au service de radiologie

Ce thème englobe les problèmes liés à l'interprétation des résultats des tests d'imagerie diagnostique par un urgentologue ou un remplaçant, à l'omission de transmettre les conclusions du radiologiste et au défaut de prendre des mesures adéquates et rapides en présence d'interprétations différentes.

### *Approches pour améliorer la qualité*

L'**Hôpital général de Woodstock** a mis en place un protocole pour les situations où un test d'imagerie diagnostique donne lieu à des interprétations différentes. Ce protocole a été modifié en 2016 en fonction des vérifications et des problèmes de sécurité recensés. Un outil électronique de suivi en temps réel a été conçu pour afficher toutes les demandes d'imagerie diagnostique provenant du SU. Des repères visuels sont utilisés pour inciter le personnel et les médecins à effectuer les tests et à en interpréter les résultats rapidement.

Le **Centre Sunnybrook des sciences de la santé** a mis en place un processus rigoureux en cas d'interprétations différentes pour gérer les conséquences d'un mauvais diagnostic radiologique. Ce processus exige entre autres que les urgentologues consignent les résultats préliminaires et que les radiologistes avisent le SU en cas de différence d'interprétation.

## 3. Thèmes reliés aux problèmes du système

### Disponibilité restreinte des tests d'imagerie diagnostique et d'autres tests

Bon nombre de vérifications ont souligné des problèmes en lien avec la disponibilité restreinte des tests d'imagerie diagnostique et d'autres tests en dehors des heures normales de travail. Les tests les plus souvent mentionnés sont les échographies et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

### *Approches pour améliorer la qualité*

De nombreux SU ont indiqué qu'ils prévoyaient prolonger leurs heures de travail ou renforcer leurs capacités en matière d'imagerie diagnostique.

L'**Hôpital de Scarborough et Rouge** prévoit améliorer l'accès aux échographies en dehors des heures normales. L'établissement prévoit également étendre son programme de formation pour qu'un plus grand nombre d'échographies puissent être effectuées à l'urgence, au chevet des patients.

Le **Système de soins de santé communautaires de Brant** a indiqué que les résultats de ses vérifications ont donné lieu à des discussions sur la disponibilité de l'IRM en situation d'urgence. Le service de radiologie s'est depuis doté d'un processus pour veiller à ce que l'IRM soit accessible en dehors des heures normales pour les situations d'urgence.

Le **Centre Sunnybrook des sciences de la santé** a mis sur pied une division de radiologie d'urgence pour améliorer les services d'imagerie diagnostique fournis au SU.

### **Planification du congé de l'hôpital et suivi dans la collectivité**

Un sous-ensemble de visites répétitives a été associé à une mauvaise planification du congé ou à un suivi inadéquat dans la collectivité. Dans certains de ces cas, l'urgentologue avait peut-être mal évalué les fonctions de base du patient ou sa capacité à vivre dans la collectivité. D'autres visites répétitives ont été attribuées à l'omission de veiller à ce qu'un patient dispose d'un réseau de soutien ou de soins de suivi adéquats avant de lui donner son congé du SU. Ce thème englobe également les instructions ou les communications inadéquates ou imprécises par rapport au congé.

#### *Approches pour améliorer la qualité*

Le **Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay** a conçu de nouveaux processus et de nouveaux outils de suivi dans le but de prendre en charge les résultats d'examens de laboratoire anormaux après le départ des patients du SU. L'établissement a mis au point un nouveau rapport sommaire énumérant tous les résultats anormaux afin de faciliter la gestion et le rapprochement rapides des résultats. Le rapport sera examiné chaque jour par l'infirmier responsable, qui veillera à ce que tout résultat anormal soit examiné par un urgentologue ou un auxiliaire médical. Le directeur et le chef du SU surveillent ce processus.

L'**Hôpital général de North York** prévoit examiner les cas des patients ayant reçu un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique et se présentant de nouveau à l'urgence pour veiller à ce que ces patients soient aiguillés vers toutes les ressources pertinentes disponibles dans la collectivité.

À partir des résultats de ses vérifications, l'**Hôpital général de St. Thomas-Elgin** a mis en œuvre de nouvelles directives cliniques en lien avec le congé des patients et les normes de soins au sein de son SU.

## Diagnostiques sentinelles

La présente section porte sur notre analyse qualitative des vérifications liées à l'un des trois diagnostics sentinelles ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable.

### Infarctus aigu du myocarde

Parmi les trois diagnostics sentinelle, l'IAM a été le plus souvent mentionné dans les rapports de données. En tout, 175 vérifications ont mis en évidence des cas d'IAM, dont 85 (49 %) ont mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable.

Plusieurs thèmes ont été observés parmi les cas d'IAM ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable : problèmes liés au test de la troponine; profil de risque du patient; et planification du congé de l'hôpital et suivi dans la collectivité. Le thème des problèmes liés au test de la troponine a seulement été observé dans les cas d'IAM, tandis que les deux autres thèmes ont aussi été observés dans le cadre de l'analyse des visites répétitives, toutes causes confondues, telle que décrite dans la première section.

### Problèmes liés au test de la troponine

Ce type de problème a été recensé fréquemment dans les cas d'IAM. Voici quelques problèmes signalés dans les vérifications :

- Un test de la troponine n'a pas été prescrit durant la première visite alors qu'il semblait indiqué.
- Le test de la troponine n'a pas été répété chez les patients présentant un risque élevé (ou a été répété trop tôt selon le tableau clinique).

### À propos des approches d'amélioration de la qualité présentées dans cette section



En raison du faible nombre de diagnostics sentinelles et du fait que le diagnostic à la sortie est connu, nous n'avons pas inclus le nom des établissements ni les détails sur les cas pour assurer le respect de la vie privée des patients.

Pour en savoir plus sur les exemples fournis dans cette section, écrivez à [EDQuality@hqontario.ca](mailto:EDQuality@hqontario.ca).

- Un taux de troponine croissant mais faible n'a pas été pris en considération.
- Un test de la troponine a été prescrit, mais les résultats anormaux n'ont pas été consignés dans le dossier (on ne sait donc pas s'ils ont été transmis au médecin traitant).
- Les résultats « limites » à un test de la troponine n'ont pas fait l'objet d'un suivi.

Il importe de mentionner que certains hôpitaux ont commencé à utiliser de nouveaux tests (dotés d'une sensibilité accrue) l'an passé ou durant l'année en cours, s'accompagnant d'une modification des pratiques et d'une période d'adaptation pour les fournisseurs concernés.

#### *Approches pour améliorer la qualité*

Certains SU ont indiqué qu'ils envisageaient de modifier leurs rapports de laboratoire pour que les taux limites de troponine soient clairement indiqués; d'élaborer un protocole en présence de douleurs thoraciques ou de modifier leur protocole existant pour y inclure une répétition du test de la troponine; ou d'adopter un test de la troponine doté d'une sensibilité accrue.

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

Parmi les autres thèmes fréquemment observés dans les cas d'IAM, notons le manque de prise en considération du profil de risque des patients par les cliniciens durant la première visite. Ce thème a également été associé aux visites, toutes causes confondues.

Ces cas concernaient souvent des patients qui présentaient des facteurs de risque d'IAM (p. ex., coronaropathie, diabète, antécédents de tabagisme) et qui affichaient des symptômes atypiques, mais à qui l'on n'avait pas fait subir d'électrocardiographie ni de test de la troponine durant leur première visite. Plusieurs de ces cas concernaient des patients âgés souffrant de douleurs épigastriques chez qui un diagnostic d'IAM ne semblait pas avoir été envisagé. Dans certains cas, une angine de poitrine instable était passée inaperçue.

#### *Approches pour améliorer la qualité*

Un SU a mentionné qu'une formation serait fournie sur la présence de douleurs thoraciques atypiques au moment du triage.

## Planification du congé de l'hôpital et suivi dans la collectivité

Voici quelques problèmes signalés en lien avec la planification du congé de l'hôpital et le suivi dans la collectivité :

- Des patients présentant des douleurs thoraciques d'origine cardiaque présumée n'ont pas pu accéder assez rapidement à une clinique de cardiologie pour patients externes ou à une épreuve d'effort.
- Les cliniciens des SU n'ont pas confirmé qu'un suivi par un cardiologue pourrait être organisé par le patient ou un aidant naturel dans les délais recommandés.
- Les cliniciens des SU n'ont pas recommandé (ou n'ont pas consigné) un plan de suivi même si le patient présentait des douleurs thoraciques d'origine cardiaque présumée.

Dans certaines des vérifications ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable en lien avec le suivi dans la collectivité, les soins fournis durant la première visite étaient adéquats (c.-à-d., les résultats des tests pour l'IAM étaient négatifs, et un suivi auprès d'un cardiologue externe a été recommandé). Il n'a pas été clairement établi que les visites répétitives auraient pu être évitées grâce à un accès plus rapide à des soins de suivi dans la communauté.

### *Approches pour améliorer la qualité*

Quelques SU ont mentionné qu'ils se pencheraient sur leurs protocoles de suivi après le départ des patients ainsi que sur les possibilités de suivi auprès d'une clinique de cardiologie.

## Patient ayant quitté le SU contre l'avis du médecin

Quelques-uns des cas concernaient des patients ayant quitté le SU contre l'avis du médecin. Les résultats au test de la troponine de certains de ces patients ont été obtenus après leur départ, et ces derniers ont dû revenir par la suite.

### *Approches pour améliorer la qualité*

Un SU a mentionné qu'il envisageait de fournir à ses patients des documents d'information soulignant l'importance de subir des tests en présence de douleurs thoraciques. Un autre SU a pour sa part mentionné qu'il envisageait d'appeler les patients présentant un risque élevé lorsque ceux-ci quittent l'urgence contre l'avis du médecin.

## Sepsie pédiatrique

Quelques cas de sepsie pédiatrique ont été recensés (28 cas ont fait l'objet d'une vérification, dont 14 ont mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable). La majorité des cas de sepsie pédiatrique ont été associés à une progression normale de la maladie, et des soins adéquats ont été fournis dès la première visite.

Quelques cas parmi ceux ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable ont été associés aux mêmes thèmes que les visites répétitives, toutes causes confondues :

- Le profil de risque du patient n'a pas été pris en considération (p. ex., patients néonataux de moins de 90 jours).
- Les instructions par rapport au congé n'ont pas été consignées (on ne sait donc pas si elles ont été transmises à la famille).

Une observation récurrente a été recensée uniquement dans les cas de sepsie pédiatrique : on a omis de reconnaître l'importance d'une tachycardie ou d'une tachypnée ou d'effectuer un suivi en fonction de la pertinence.

### *Approches pour améliorer la qualité*

Les cas de sepsie pédiatrique étant plutôt rares (peu d'établissements ont fait état de plus d'un cas), les SU ont généralement indiqué qu'ils prévoyaient présenter ces cas durant leurs séances sur la morbidité et la mortalité ou renseigner les cliniciens sur les problèmes pertinents. Deux SU ont mentionné qu'ils élaboraient des plans de soins et des protocoles pour les nourrissons de moins de 90 jours (respectivement en présence de fièvre ou de symptômes de nature indéterminée). Un SU a mentionné qu'il envisageait d'ajouter un rappel électronique lorsqu'un clinicien tente de donner congé à un patient dont les signes vitaux sont anormaux (p. ex., si l'écart type des signes vitaux par rapport aux valeurs normales est supérieur à 1).

### **À propos de la taille des échantillons pour les cas de sepsie pédiatrique et d'hémorragie sous-arachnoïdienne**



Seuls quelques cas de sepsie pédiatrique et d'hémorragie sous-arachnoïdienne ayant fait l'objet d'une vérification ont mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable (14 et 8, respectivement). Étant donné la faible taille des échantillons, aucun thème n'est ressorti aussi clairement que pour les cas d'IAM et les visites répétitives, toutes causes confondues. Nous nous attendons à ce que des thèmes se dégagent plus clairement au fur et à mesure que nous recevrons d'autres vérifications portant sur ces diagnostics.

## Hémorragie sous-arachnoïdienne

Comme c'était le cas pour la sepsie pédiatrique, peu de cas d'hémorragie sous-arachnoïdienne ont été recensés (16 cas ont fait l'objet d'une vérification, dont 8 ont mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable). Dans la plupart des cas, l'évaluation et le bilan durant la première visite ont été jugés adéquats par les évaluateurs locaux.

Voici les thèmes recensés parmi les quelques cas ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable :

- Problèmes avec les transferts et la communication entre les fournisseurs (p. ex., entre les résidents et le personnel)
- Interprétations différentes des radiologies (p. ex., rappel d'un patient après la mise en évidence d'une interprétation différente durant l'évaluation).

### *Approches pour améliorer la qualité*

Les SU ont généralement mentionné qu'ils discuteraient de ces cas ou qu'ils fourniraient de la formation à leur sujet. Un SU a indiqué qu'il prévoyait ajouter, pour les cas de céphalée à l'urgence, un DME ou un modèle doté d'un bilan ou d'un diagnostic fondé sur des données probantes comme recommandé. Un SU a, pour sa part, indiqué avoir mis en place un processus de communication des résultats d'imagerie diagnostique au sein d'un même quart pour éviter les interprétations différentes.

The Hospital for Sick Children a un plan de soins fondé sur des données probantes pour la prise en charge de la fièvre sans cause apparente chez les nourrissons de moins de 90 jours. Ce plan de soins peut être obtenu en écrivant à [EDQuality@hqontario.ca](mailto:EDQuality@hqontario.ca).



# Regard vers l'avenir

Il est impressionnant de constater qu'autant de SU et de cliniciens ont participé au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences durant cette première année de mise à l'essai. Les SU ont profité de cette occasion pour réfléchir à la façon dont ils fournissent des soins et repérer des possibilités d'améliorations. Le Programme appuie également notre objectif global, qui consiste à mettre sur pied un système de santé sécuritaire, efficace, axé sur les patients, opportun, efficient et équitable en soutenant une culture d'amélioration de la qualité partout en Ontario.

Les 86 SU participants ont adapté le Programme avec soin pour répondre aux différents besoins de leur établissement. Les vérifications menées ont grandement contribué à l'amélioration de la compréhension des causes des visites répétitives aux urgences en Ontario. De nombreux SU ont décrit leurs plans pour résoudre les problèmes soulevés dans leur établissement. Bon nombre d'initiatives prévues dans le cadre de ce Programme sont celles harmonisées aux priorités provinciales en matière d'amélioration, comme soutenir les patients ayant des besoins complexes dans leur transition en matière de soins.

Nous invitons les SU à se questionner sur les résultats présentés dans ce rapport et à déterminer si des mesures pourraient être prises en amont pour aborder les thèmes associés aux visites répétitives avant que d'importants problèmes de qualité se déclarent dans leur établissement. Nous espérons que l'approche des SU à l'égard du Programme continuera d'évoluer afin qu'ils en retirent le plus de leçons possible. Cela dit, les SU devraient par-dessus tout continuer d'encourager le personnel de première ligne à participer au Programme et veiller à ce que toute vérification, évaluation et rétroaction soit effectuée d'une manière non menaçante et non punitive.

Nous avons hâte de voir ce que le programme nous apprendra en 2017, et de découvrir comment il contribuera à notre objectif de promouvoir une culture d'amélioration de la qualité en Ontario.

# Références

1. Calder, L., A. Pozgay, S. Riff, D. Rothwell, E. Youngson, N. Mojaverian, A. Cwinn et A. Forster. « Adverse events in patients with return emergency department visits », *BMJ Quality and Safety*, vol. 24 (2015), pp. 142 à 148.
2. Griffin, F. A. et R. K. Resar. « IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition) », IHI Innovation Series white paper, Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement, 2009. Consulté à l'adresse : <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>
3. Schull, M. J., M. J. Vermeulen et T. A. Stukel. « The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 48, n° 6 (2006), pp. 647 à 655.
4. 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 », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 65, n° 6 (2014), pp. 625 à 632.
5. Vermeulen, M. J. et M. J. Schull. « Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department », *Stroke*, vol. 38 (2007), pp. 1216 à 1221.
6. Organisation mondiale de la Santé. Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des patients, version 1.1, rapport technique définitif, janvier 2009.
7. Guttman, A, M. J. Schull, M. J. Vermeulen, et T. A. Stukel. « Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada », *BMJ*, vol. 342 (2011), d2983.

# Remerciements

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

**Le groupe de travail sur le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences a contribué à l'orientation de tous les aspects du Programme et a participé à la rédaction et à la révision du rapport :** Howard Ovens (co-président),

Lee Fairclough (co-présidente), Lucas Chartier, Olivia Ostrow, Carrie Anne Brunet, Lisa Calder, Heather Campbell, Allison Costello, Imtiaz Daniel, Martin Davidek, Jonathan Dreyer, Brittany Davis, Emily Hayes, Sudha Kutty, Michael Schull, Kaeli Stein et Ivan Yuen.

Nous remercions tout particulièrement Lucas Chartier et Olivia Ostrow, qui ont grandement contribué à ce programme grâce leur leadership et à leur dévouement à l'égard de la sécurité des patients.

**L'équipe d'évaluation clinique du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences a offert généreusement son temps et son expertise afin de nous aider à effectuer les analyses présentées dans ce rapport :** Lucas Chartier, Ivy Cheng, Joe Choi,

Jesse McLaren, Shawn Mondoux, Olivia Ostrow et Dominick Shelton.

**Le sous-comité sur la qualité du groupe de travail sur les SU a recommandé le concept de ce programme dans son rapport plus**

**large :** Howard Ovens (Co-Chair), Michael Stewart (Co-Chair), Jocelyn Bennett, Lucas Chartier, Thomas Custers, Martin Davidek, Irfan Dhalla, Jon Dreyer, Lisa Green, Erik Hellsten, Hindy Ross et Michael Schull.

**Le personnel du Programme d'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 :** Martin Davidek, Agam Dhanoa, Yvonne Hui et Chris Lau.

**Nous nous sommes fiés à l'expertise de plusieurs groupes de chercheurs s'étant penchés sur les visites répétitives en Ontario afin d'élaborer la méthodologie utilisée dans le présent rapport :**

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, numéro 6, 2006, pp. 647 à 655.

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, numéro 6, 2014, pp. 625 à 632.

Vermeulen, M. J., et M. J. Schull. « Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department », *Stroke*, vol. 38, 2007, pp. 1216 à 1221.

Calder, L., A. Pozgay, S. Riff, D. Rothwell, E. Youngson, N. Mojaverian, A. Cwinn et A. Forster. « Adverse events in patients with return emergency department visits », *BMJ Qual Saf*, vol. 24, 2015, pp. 142 à 148.

**Pour terminer, nous tenons à remercier les 86 SU participants qui ont soumis les résultats et les commentaires figurant dans le présent rapport :**

Alliance Chatham-Kent pour la santé  
Bluewater Health  
Centre de santé St-Joseph, Toronto  
Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton  
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario  
Centre régional de santé de North Bay  
Centre régional de santé de Peterborough  
Centre régional de santé Southlake  
Centre régional de santé Royal Victoria  
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay  
Centre Sunnybrook des sciences de la santé  
Grey Bruce Health Services – Lions Head  
Grey Bruce Health Services – Markdale  
Grey Bruce Health Services – Meaford  
Grey Bruce Health Services – Owen Sound  
Grey Bruce Health Services – Southampton Hospital  
Grey Bruce Health Services – Wiarton  
Halton Healthcare – Georgetown Hospital  
Halton Healthcare – Milton District Hospital  
Halton Healthcare – Oakville Trafalgar Memorial Hospital  
Hamilton Health Sciences – Hamilton General Hospital  
Hamilton Health Sciences – Juravinski Hospital  
Hamilton Health Sciences – McMaster Children's Hospital  
Hamilton Health Sciences – West Lincoln Memorial Hospital  
Headwaters Health Care Centre

Hôpital communautaire de Cornwall  
Hôpital de Markham-Stouffville  
Hôpital de Sault-Sainte-Marie  
Hôpital de Timmins et du district  
Hôpital General and Marine de Collingwood  
Hôpital général de Guelph  
Hôpital général de Haldimand-Ouest  
Hôpital Général de Hawkesbury et du district  
Hôpital général de Kingston  
Hôpital général de la baie Georgienne  
Hôpital général de Norfolk  
Hôpital général de North York  
Hôpital général de St. Thomas-Elgin  
Hôpital général de Woodstock  
Hôpital général St. Mary  
Hôpital Grand River  
Hôpital Hôtel Dieu  
Hôpital Joseph Brant  
Hôpital Memorial de Cambridge  
Hôpital Memorial du district de Leamington  
Hôpital Montfort  
Hôpital Northumberland Hills  
Hôpital Queensway Carleton  
Hôpital régional de Pembroke  
Hôpital Ross Memorial  
Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia  
Hôpital St. Michael  
Hôpital Stevenson Memorial  
Hôpital War Memorial de Haldimand  
Horizon Santé-Nord  
Humber River Hospital  
Lakeridge Health – Ajax & Pickering

Lakeridge Health – Bowmanville  
Lakeridge Health – Oshawa  
L'Hôpital d'Ottawa – Campus Civic  
L'Hôpital d'Ottawa – Campus Général  
London Health Sciences Centre – University Hospital  
London Health Sciences Centre – Victoria Hospital  
Mackenzie Health  
Michael Garron Hospital  
Niagara Health System – Douglas Memorial  
Niagara Health System – Greater Niagara  
Niagara Health System – Port Colborne  
Niagara Health System – St. Catharines  
Niagara Health System – Welland  
Quinte Health Care – Belleville General Hospital  
Quinte Health Care – Trenton Memorial Hospital  
Scarborough and Rouge Hospital – Birchmount  
Scarborough and Rouge Hospital – Centenary  
Scarborough and Rouge Hospital – General  
Sinai Health System  
Système de soins de santé communautaires de Brant  
The Hospital for Sick Children  
Trillium Health Partners – Credit Valley  
Trillium Health Partners – Mississauga  
University Health Network – Toronto General Hospital  
University Health Network – Toronto Western Hospital  
William Osler Health System – Brampton Civic Hospital  
William Osler Health System – Etobicoke General Hospital  
Windsor Regional Hospital – Metropolitan Campus  
Windsor regional Hospital – Ouellette Campus

# Annexe A. Méthodologie

Afin de mener les analyses qualitatives présentées aux section 3, nous avons examiné toutes les vérifications ayant mené à la mise en évidence d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable afin de recenser des tendances parmi les SU participants.

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec le groupe de travail du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences, a mis sur pied une équipe d'urgentologues experts en amélioration de la qualité pour mener cette analyse (l'équipe d'évaluation clinique du Programme). Nous avons retiré tout renseignement identificatoire des vérifications soumises. Notre objectif était de mener une analyse qualitative inductive, dans le cadre de laquelle l'équipe allait d'abord examiner un ensemble de vérifications pour définir des thèmes, puis discuter afin de regrouper et d'épurer ces thèmes, puis de poursuivre l'évaluation des vérifications restantes.

Pour l'analyse, nous avons utilisé le contenu des modèles de vérification remplis et leurs conclusions, tout en tenant compte du fait qu'une réanalyse de la description des cas serait susceptible d'entraîner une mauvaise diffusion des renseignements importants propres à chaque cas.

L'équipe a d'abord analysé la moitié des vérifications sur les visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues, ayant mené à la détection d'un problème de qualité ou d'un événement indésirable. Les membres de l'équipe se sont ensuite consultés pour compiler et combiner les thèmes et dégager un consensus. Pour terminer, ils ont évalué les vérifications restantes selon les thèmes convenus, se réservant toutefois la possibilité d'ajouter de nouveaux thèmes, le cas échéant.

Certaines vérifications ayant fait l'objet d'une évaluation n'ont pas pu être catégorisées sous l'un des 11 thèmes énumérés dans le présent rapport, alors que d'autres recoupaient plus d'un thème.

Le processus a été répété pour les vérifications liées aux diagnostics sentinelles, sauf qu'elles ont été évaluées par deux cliniciens seulement en raison du faible nombre de cas.

# À propos de nous

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : **une meilleure santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens.**

## Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

## Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariennes et des Ontariens, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

## Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limite.

ISBN 978-1-4868-0257-9 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017

Qualité des services de santé Ontario  
130, rue Bloor Ouest, 10<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1N5  
Tél. : 416 323-6868 | 1 866 623-6868  
Télec. : 416 323-9261

[www.hqontario.ca](http://www.hqontario.ca)