

# Qualité des services de santé Ontario

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

Avril 2016

Programme de gestion de la qualité  
concernant les consultations  
répétitives aux urgences  
Foire aux questions

# Table des matières

<b>Aperçu</b> .....	3
1. En quoi consiste le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences? .....	3
2. Pourquoi le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences a-t-il été créé? Quel en est l'objectif? .....	3
3. Quels sont les indicateurs mesurés? .....	4
4. Est-ce que tous les hôpitaux doivent participer au programme? .....	4
5. Le financement est-il lié au rendement de mon hôpital pour les indicateurs? .....	5
6. À quel moment le programme sera-t-il lancé? .....	5
7. Quelles ressources ou quel soutien seront fournis dans le cadre du programme? .....	6
<b>Données et rapports</b> .....	7
8. Comment et pourquoi ces indicateurs ont-ils été choisis? .....	7
9. Comment pourrai-je accéder aux rapports sur les indicateurs? .....	7
10. Quels sont les avantages de mener des vérifications même si les taux sont faibles? .....	8
11. Les rapports de données présenteront-ils des chiffres réels, des taux, des taux normalisés selon l'âge ou des taux rajustés en fonction des risques? .....	8
12. Dans quelle mesure les données seront-elles à jour? Quelles données seront incluses dans le rapport à QSSO? .....	8
13. Y a-t-il d'autres caractéristiques techniques pour les indicateurs? Dans l'affirmative, quelles sont-elles? .....	9
<b>Mener des vérifications</b> .....	13
14. Que nécessitera une vérification? .....	13
15. Combien de vérifications devons-nous mener? .....	13
16. Qui doit mener ces vérifications? .....	14
17. Comment puis-je désigner le dossier du patient dans le cadre du processus de vérification? .....	14
18. Mon service sera-t-il tenu responsable de toutes les mesures d'amélioration de la qualité proposées dans la section comprenant l'analyse de la vérification? .....	15
19. Quelles mesures dois-je prendre si un incident critique est déterminé? .....	15
20. Un comité de l'hôpital devrait-il surveiller les vérifications? .....	15
21. Les résultats de la vérification peuvent-ils faire l'objet d'une demande en vertu de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i> ? .....	15
22. Les vérifications doivent-elles être menées en vertu de la <i>Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins</i> ? .....	15
<b>Exigences relatives à la présentation et à la soumission</b> .....	17
23. Quels renseignements faut-il présenter au chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration? .....	17
24. Quels renseignements faut-il présenter à QSSO? .....	17

25. Comment mes résultats seront-ils présentés ou partagés? .....	17
<b>Renseignements additionnels</b> .....	18
24. Où puis-je trouver d'autres renseignements sur le programme et le processus de soumission? .....	18
<b>Bibliographie</b> .....	19

# Aperçu

## 1. En quoi consiste le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences?

Le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences est une nouvelle initiative qui vise à mettre l'accent sur la qualité des soins aux SU pour compléter les indicateurs de rendement qui font partie du Programme de financement axé sur les résultats (FAR). Ce programme a été recommandé par un groupe de travail qui possède de l'expertise dans l'amélioration de la qualité qui comprenait des urgentologues ainsi que des représentants d'un certain nombre d'organismes intervenants, notamment le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le Programme d'accès aux soins (Action Cancer Ontario) et Qualité des services de santé Ontario (QSSO).

Dans le cadre du programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences, on remettra aux hôpitaux des rapports trimestriels de données résumant leur rendement à l'égard de deux indicateurs de qualité, et les hôpitaux effectueront des vérifications de routine et aléatoires des consultations répétitives afin de cerner et de comprendre leurs causes sous-jacentes. Les hôpitaux présenteront les résultats de ces vérifications à leur chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration sur une base semi-annuelle, et soumettront les résultats à QSSO chaque année. QSSO résumera ensuite les principaux problèmes de qualité et les thèmes découverts, ainsi que les stratégies d'amélioration cernées, et en fera rapport de sorte que ces principales leçons puissent être partagées entre les hôpitaux afin de soutenir l'amélioration continue de la qualité.

## 2. Pourquoi le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences a-t-il été créé? Quel en est l'objectif?

Le fait de retourner au service des urgences après une première consultation est un événement de la vie qui est important pour les patients et qui peut représenter un écart dans la qualité des soins qui leur sont prodigués<sup>1</sup>. Ces consultations répétitives peuvent se produire pour une gamme de raisons non évitables comme l'évolution de la maladie ou un retour prévu<sup>2, 3</sup>. Toutefois, certaines consultations répétitives sont évitables, parce qu'elles sont liées à la qualité des soins prodigués lors de la première consultation<sup>2, 4-6</sup>. Ces consultations répétitives évitables peuvent être attribuables à des événements indésirables ou à d'autres problèmes de qualité.

Du point de vue du système de santé, les consultations répétitives évitables au service des urgences sont importantes parce qu'elles peuvent donner lieu à une augmentation du temps d'attente et à des dépenses en soins de santé inutiles, et, plus important encore, pourraient indiquer un préjudice évitable. Le fait de cerner les facteurs associés aux consultations répétitives et de tenter de les régler contribuera à améliorer les résultats cliniques, accroîtra la satisfaction des patients et fera la promotion de soins de valeur supérieure<sup>7, 8</sup>. C'est également une occasion unique pour les cliniciens de recevoir une rétroaction sur leurs soins cliniques et de déterminer les améliorations apportées à la qualité et (ou) à l'éducation. Par conséquent, l'objectif de ce programme est la promotion de soins de qualité supérieure aux SU en aidant les cliniciens et les hôpitaux à déterminer et vérifier les causes sous-jacentes des consultations répétitives aux SU, à mener des enquêtes sur celles-ci et à prendre les mesures nécessaires afin de s'attaquer à ces causes et de prévenir les consultations répétitives et les préjudices à l'avenir.

Il est important de noter que le financement *ne sera pas* lié au nombre total de consultations répétitives des hôpitaux qui participent au programme FAR. Le programme n'est pas axé sur la réduction des consultations répétitives, parce qu'une telle réduction pourrait donner lieu à des conséquences non souhaitées, par exemple, une augmentation des admissions, des examens qui ne sont pas nécessaires, etc. Il est plutôt axé sur le processus de vérification des consultations répétitives afin de cerner les possibilités d'amélioration de la qualité.

### 3. Quels sont les indicateurs mesurés?

Les deux indicateurs de la qualité des SU sont les suivants :

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

\* Les diagnostics pertinents de la consultation de référence sont de mauvais diagnostics potentiels pour chaque diagnostic sentinelle (par exemple, l'angine pour l'IAM, un mal de tête pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne et de la fièvre pour une sepsie pédiatrique). Une liste complète des diagnostics pertinents et des codes associés de la *Classification internationale des maladies – 10<sup>e</sup> révision* (CIM-10) est présentée dans les caractéristiques techniques qui se trouvent à la [page 9](#)<sup>9-11</sup>.

Veillez noter que les consultations répétitives aux urgences dans les 72 heures liées aux diagnostics sentinelles seront incluses dans ces deux indicateurs.

Les hôpitaux sont invités à accorder une attention particulière aux chiffres plutôt qu'aux pourcentages pour chaque indicateur, car chaque chiffre représente un patient qui a potentiellement subi un préjudice évitable.

Les hôpitaux n'ont pas à recueillir de données sur ces indicateurs; le Programme d'accès aux soins (Accès aux soins) produira des rapports de données sur le rendement des hôpitaux à l'égard de ces indicateurs tous les trimestres. De plus amples renseignements sur les caractéristiques techniques et la méthodologie utilisées par Accès aux soins sont présentés à la [page 9](#).

### 4. Est-ce que tous les hôpitaux doivent participer au programme?

On remettra à tous les hôpitaux participant à l'initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences (IANSU)\* des rapports trimestriels de données sur les deux indicateurs de qualité des SU et ils seront encouragés à participer au programme de gestion de la qualité concernant les

---

\* L'initiative du SNISA pour les SU (IANSU) comprend les 126 établissements participants qui soumettent des données de niveau 1 au SNISA sur une base mensuelle.

consultations répétitives aux urgences; toutefois, la participation est obligatoire uniquement pour les hôpitaux participant au programme FAR.

Les hôpitaux qui ne prennent pas part à l'IANSU ne recevront pas les rapports trimestriels et ils ne sont pas tenus de participer au programme.

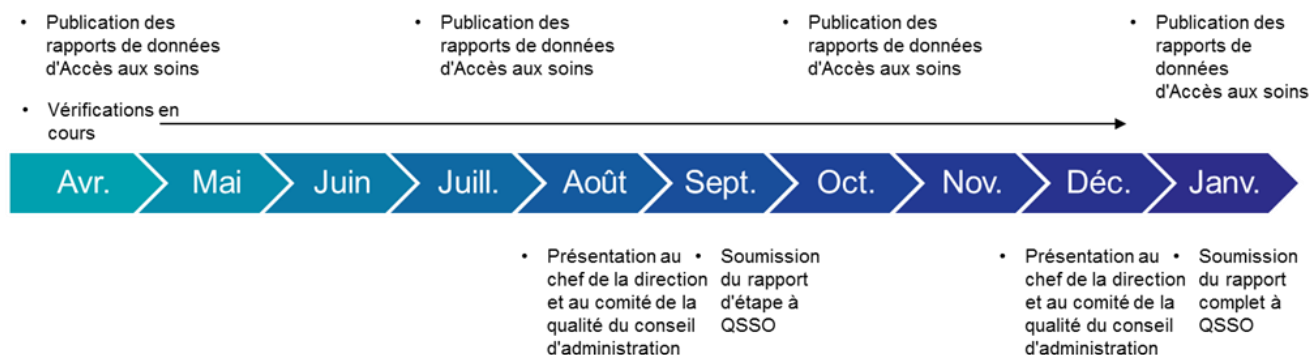
### 5. Le financement est-il lié au rendement de mon hôpital pour les indicateurs?

La participation au programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences est une condition de la participation au programme FAR. Cependant, le financement *n'est pas* lié au rendement pour les indicateurs pour deux raisons : premièrement, il pourrait y avoir des variations dans les taux de consultations répétitives aux SU parmi les hôpitaux en raison de facteurs à l'extérieur de leur contrôle; deuxièmement, nous voulons éviter d'encourager involontairement les hôpitaux à augmenter les admissions au cours des consultations de référence afin de réduire leur taux de consultations répétitives.

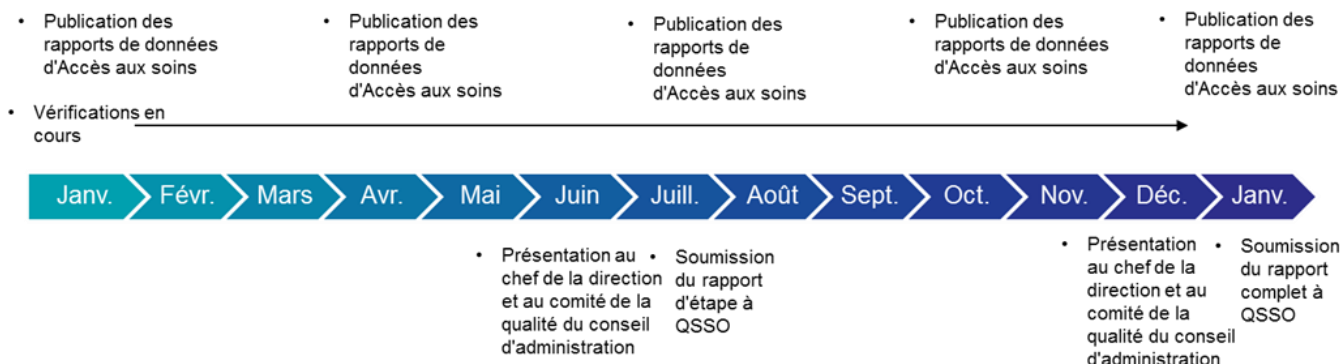
### 6. À quel moment le programme sera-t-il lancé?

Les rapports sur le rendement de chaque hôpital pour les deux indicateurs seront accessibles tous les trimestres au début d'avril 2016. Les résultats de la vérification pour la 1<sup>re</sup> année devront parvenir à QSSO en janvier 2017. Les autres dates importantes du programme sont résumées dans l'échéancier ci-dessous.

#### Année 1



#### Année 2 et les suivantes



## 7. Quelles ressources ou quel soutien seront fournis dans le cadre du programme?

Des séances d'information seront offertes aux hôpitaux, au cours desquelles :

- QSSO fournira des documents d'orientation décrivant le programme, la façon de mener une vérification, ainsi que la manière d'utiliser le modèle de vérification et de tirer des leçons des problèmes de qualité cernés.
- Accès aux soins donnera de la formation et de l'information sur l'utilisation de l'outil iPort Access<sup>MC</sup> pour exécuter des rapports et extraire des données, ainsi que sa méthodologie pour mesurer les indicateurs.

De plus, les responsables de la médecine d'urgence des RLISS offriront de l'encadrement à l'échelle locale sur l'examen des données sur les consultations répétitives et sur les leçons à en tirer.

# Données et rapports

## 8. Comment et pourquoi ces indicateurs ont-ils été choisis?

Les consultations répétitives aux SU ont été choisies pour faire l'objet de ce programme parce que de la documentation scientifique a révélé que cet indicateur est un « élément déclencheur » utile pour repérer les cas dans lesquels des événements indésirables et des problèmes de qualité sont susceptibles d'être cernés<sup>12,13</sup>. Les définitions particulières de ces deux indicateurs utilisés dans le cadre de ce programme ont été sélectionnées à la suite d'un examen des documents et en fonction de facteurs tels que la disponibilité et l'application de données dans un large spectre de cas et de SU<sup>9-11,13</sup>.

Les diagnostics sentinelles ont été choisis pour deux raisons. Tout d'abord, ces diagnostics ont le potentiel de mettre en évidence la présence de problèmes de qualité, p. ex., si un patient s'est présenté aux SU avec l'un des diagnostics liés à un diagnostic sentinelle, qu'il n'a été admis après la consultation de référence et qu'il se présente à nouveau aux SU dans un délai d'une semaine et est admis à l'hôpital parce qu'il fait l'objet d'un diagnostic sentinelle, il est possible qu'un problème de qualité soit présent. Ainsi, l'indicateur est plus utile pour repérer de tels problèmes, et un plus petit nombre de cas devront être dépistés avant de déterminer des possibilités d'amélioration de la qualité. Deuxièmement, l'hémorragie sous-arachnoïdienne, l'IAM et la sepsie pédiatrique sont des maladies pour lesquelles il y a une forte probabilité d'invalidité ou de décès résultant d'un mauvais diagnostic; par conséquent, les organismes devraient axer leurs initiatives d'amélioration de la qualité sur la prévention de problèmes qui ont entraîné un mauvais diagnostic sentinelle lorsqu'ils sont relevés.

## 9. Comment pourrai-je accéder aux rapports sur les indicateurs?

Les deux rapports suivants seront produits\* par Accès aux soins tous les trimestres :

1. un rapport regroupé relatif aux établissements, qui comprend le nombre et les taux de consultations répétitives de tous les établissements en Ontario. Ce rapport sera envoyé tous les trimestres au directeur administratif des SU, au directeur des SU, au responsable des soins cliniques de l'IANSU, aux coordonnateurs de l'IANSU et à la personne-ressource désignée pour le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences de tous les hôpitaux participant au programme FAR. Le rapport sera également envoyé aux responsables de la médecine d'urgence des RLISS aux SU et aux responsables du rendement des SU des RLISS;
2. un rapport relatif aux patients, qui présente des données à l'échelle du patient, y compris le mois de la consultation de référence, le numéro d'identification de l'abrégié du SNISA, le diagnostic posé au cours de la consultation initiale, le diagnostic à l'admission au cours de la deuxième consultation, si la consultation répétitive était dans les 72 heures de la consultation initiale, si la consultation répétitive a eu lieu dans les sept jours de la consultation initiale et a donné lieu à un diagnostic sentinelle et si la consultation répétitive était au même hôpital. Ces rapports peuvent être consultés par l'outil iPort Access<sup>MC</sup> par les utilisateurs autorisés.

\* Les hôpitaux ne participant pas au programme FAR peuvent uniquement recevoir le rapport regroupé relatif aux établissements s'ils font parvenir les coordonnées de leur personne-ressource désignée pour le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences à QSSO à l'adresse [EDQuality@hqontario.ca](mailto:EDQuality@hqontario.ca).



Il convient de noter que les points de données décrivant de petits nombres de patients peuvent être supprimés dans le rapport regroupé relatif aux établissements afin de protéger les renseignements personnels des patients. Ces données *ne seront pas* supprimées dans les rapports relatifs aux patients.

Aux fins de protection de la vie privée et de sécurité, les établissements hospitaliers sont également tenus de déterminer un **maximum de deux personnes** (utilisateur principal et de remplacement) qui sont actuellement des utilisateurs inscrits de l'outil iPort Access<sup>MC</sup> afin d'accéder aux rapports relatifs aux patients, dont le premier sera diffusé le 1<sup>er</sup> avril 2016. Un webinaire sera tenu en avril 2016 pour montrer aux utilisateurs la façon d'accéder à ces rapports et de les interpréter. QSSO donnera plus de renseignements sur ce webinaire lorsqu'ils seront disponibles.

Si vous avez des questions au sujet de l'outil iPort Access<sup>MC</sup>, veuillez envoyer un courriel à l'adresse [iPortAccess@cancercare.on.ca](mailto:iPortAccess@cancercare.on.ca).

## **10. Quels sont les avantages de mener des vérifications même si les taux sont faibles?**

Les taux seront présentés dans vos rapports de données, et ils sont peut-être faibles pour votre établissement. Toutefois, il est important de ne pas oublier que ce programme est axé sur le nombre de patients que représente chaque indicateur, soit des patients qui ont potentiellement subi un préjudice évitable.

Les taux moyens provinciaux de ces deux indicateurs définis dans le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences ont été calculés en utilisant les données d'Accès aux soins pour l'exercice 2014-2015 et ils sont comme suit :

- Le pourcentage de consultations répétitives aux SU dans les 72 heures suivant la consultation initiale sans admission aux SU, au même hôpital ou à un autre, qui donnent lieu à une admission dans une unité de soins aux patients hospitalisés à la deuxième consultation, était de 1,05 %.
- Le pourcentage de consultations répétitives aux SU dans les sept jours suivant la consultation initiale sans admission aux SU, au même hôpital ou à un autre, qui ont donné lieu à une admission dans une unité de soins aux patients hospitalisés à la deuxième consultation avec un diagnostic sentinelle (hémorragie sous-arachnoïdienne, IAM et sepsie pédiatrique), était de 0,05 %.

## **11. Les rapports de données présenteront-ils des chiffres réels, des taux, des taux normalisés selon l'âge ou des taux rajustés en fonction des risques?**

Les rapports contiendront les valeurs réelles utilisées en guide de numérateurs et de dénominateurs ainsi que les taux connexes. Ainsi, il sera possible de faire une comparaison directe avec le rapport relatif aux patients. Les taux ne seront pas rajustés en fonction de l'âge ou des risques.

## **12. Dans quelle mesure les données seront-elles à jour? Quelles données seront incluses dans le rapport à QSSO?**

Les rapports de données contiendront des données pour le trimestre précédent (c.-à-d., les trois à six mois précédents). Les rapports de vérification finaux doivent être remis à QSSO **en janvier de chaque année**, et les données résumées dans chaque rapport de vérification final s'étendront à **la fin du T1 de l'année précédente**. Ainsi, pour la première année du

programme, le rapport final ne comprendra que des données pour trois trimestres (T3, T4 et T1). Pour chaque année suivante, les rapports de vérification finaux comprendront des données du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin (T2, T3, T4 et T1).

**Tableau 1. Date de publication des rapports de données et soumission du rapport final**

Trimestre d'exercice	Date de publication des données	Rapport final dans lequel les données seront incluses
<b>T3 2015-2016</b> (1 <sup>er</sup> oct. au 31 déc. 2015)	1 <sup>er</sup> avr. 2016	Janvier 2017
<b>T4 2015-2016</b> (1 <sup>er</sup> janv. au 31 mars 2016)	1 <sup>er</sup> juill. 2016	
<b>T1 2016-2017</b> (1 <sup>er</sup> avr. au 30 juin 2016)	1 <sup>er</sup> oct. 2016	
<b>T2 2016-2017</b> (1 <sup>er</sup> juill. au 30 sept. 2016)	1 <sup>er</sup> janv. 2017	Janvier 2018
<b>T3 2016-2017</b> (1 <sup>er</sup> oct. au 31 déc. 2016)	1 <sup>er</sup> avr. 2017	
<b>T4 2016-2017</b> (1 <sup>er</sup> janv. au 31 mars 2017)	1 <sup>er</sup> juill. 2017	
<b>T1 2017-2018</b> (1 <sup>er</sup> avr. au 30 juin 2017)	1 <sup>er</sup> oct. 2017	

Dans certaines circonstances, de nouveaux renseignements seront fournis jusqu'à six mois plus tard, par exemple, lorsqu'un patient reste à l'hôpital pendant plusieurs mois. Pour cette raison, les données sont continuellement actualisées tout au long de l'année civile; toutefois, seulement des petites fluctuations sont prévues pour chaque actualisation.

### 13. Y a-t-il d'autres caractéristiques techniques pour les indicateurs? Dans l'affirmative, quelles sont-elles?



#### Indicateur 1 : Taux global de consultations répétitives dans les 72 heures

*Numérateur* : Nombre de patients qui retournent consulter aux SU et qui sont admis dans une unité de soins aux patients hospitalisés (données de la Base de données sur les congés des patients [BDCP]), dans les 72 heures (selon la date et l'heure de l'enregistrement) suivant leur congé de la première consultation

*Dénominateur* : Nombre total de patients des SU non admis (c.-à-d., les patients ont obtenu leur congé).

## Indicateur 2 : Taux global de consultations répétitives dans les sept jours en lien avec un diagnostic sentinelle

*Numérateur* : Nombre de patients qui retournent consulter aux SU et qui sont admis dans une unité de soins aux patients hospitalisés avec un diagnostic principal correspondant à un diagnostic sentinelle\* dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé de la consultation initiale (selon la date et l'heure de l'enregistrement) et dont le diagnostic de la consultation initiale était en lien avec leur diagnostic sentinelle à l'admission\*. Pour les patients du groupe de la sepsie pédiatrique, les admissions directes aux soins intensifs (quel que soit le diagnostic) au cours d'une consultation répétitive sont également incluses.

\* Voir le tableau 2 pour les caractéristiques techniques des diagnostics sentinelles au cours de la consultation donnant lieu à l'admission et les diagnostics pertinents au cours de la consultation de référence.

*Dénominateur* : Nombre total de patients des SU non admis (c.-à-d., les patients qui ont obtenu leur congé) dont le principal problème correspond à un diagnostic pertinent.

Tableau 2. Caractéristiques techniques

Diagnosics sentinelles	Caractéristiques techniques des diagnostics sentinelles (au cours de la consultation répétitive/donnant lieu à l'admission)	Caractéristiques techniques des diagnostics pertinents (au cours de la consultation de référence)
Infarctus aigu du myocarde	Cas de patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé (BDGP) qui portent un des codes de la CIM-10 comme principal diagnostic : infarctus aigu du myocarde, I21.0 à I21.9	Première consultation aux SU (SNISA) qui porte un des codes CIM-10 suivant comme principal diagnostic principal : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur thoracique (R07.1 à R07.4)</li> <li>• Angine de poitrine (I20)</li> <li>• Essoufflement ou insuffisance cardiaque congestive (R06.0, R06.8, I50, ou J81)</li> <li>• Douleur abdominale (R10.1, R10.3 ou R10.4) Brûlures d'estomac, œsophagite ou gastrite (R12, R13, K20, K21, K22.9, K23.8, K29 ou K30)</li> <li>• Syncope/malaise (CIM-10-CA R42, R53 ou R55)</li> </ul>
Hémorragie sous-arachnoïdienne	Cas de patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé (BDGP) qui portent un des codes de la CIM-10 comme principal diagnostic : hémorragie sous-arachnoïdienne, I60.0 à I60.9	Première consultation aux SU (SNISA) qui porte un des codes CIM-10 suivant comme principal diagnostic principal : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migraines/céphalée (F454, G430-9, G440-2, G448, R51)</li> <li>• Douleur cervicale (M436, M4642, M4782, M4792,</li> </ul>

		<p>M4802, M501-9, M530, M531, M542, S1340-2, S1348, S136, S168)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension (I100-1)</li> <li>• Sinusite (J010-9, J320-9)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire (G450, G459, I64, I674)</li> <li>• Méningite (A870-9, G000-9, G01, G020-8, G030-9, G042)</li> <li>• Syncope et collapsus (R55)</li> <li>• Artérite temporale (M315-6)</li> </ul>
Sepsies pédiatriques	<p>Cas de patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé (BDP) ayant un séjour total de 4 jours ou Code d'état à la sortie 07 (décès), et l'un des codes de la CIM-10 suivant comme diagnostic principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Méningite</b> : A390, G000, G001, G002, G003, G008, G009, G01, G030, G039, A870, A871, A878, A879, B003, B010, B021, B051, B261, B375, G020</li> <li>• <b>Septicémie/sepsie</b> : A021, A327, A392, A394, A400, A401, A402, A403, A408, A409, A410, A411, A412, A413, A414, A4150, A4151, A4152, A4158, A4159, A4180, A4188, A419, A483, R572</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre d'origine inconnue (R50)</li> <li>• Toux (R05)</li> <li>• Autres symptômes et signes généraux (R68)</li> <li>• Nausées avec vomissements (R11)</li> <li>• Convulsions, non classées ailleurs (R56)</li> <li>• Anomalies de la respiration (R06)</li> <li>• Rash et autres éruptions cutanées non spécifiques (R21)</li> <li>• Malaise et fatigue (R53)</li> <li>• Douleur abdominale et pelvienne (R10)</li> <li>• Céphalée (R51)</li> <li>• Autres affections de l'oeil et de ses annexes (H57)</li> <li>• Autres gastro-entérites et colites non infectieuses (K52)</li> <li>• Symptômes et signes relatifs à l'absorption d'aliments et de liquides (R63)</li> <li>• Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse (A09)</li> <li>• Laryngite obstructive aiguë [croup] et épiglottite aiguë (J05)</li> <li>• Autres troubles fonctionnels de l'intestin (K59)</li> <li>• Dorsalgies (M54)</li> <li>• Infection virale, siège non précisé (B34.9)</li> </ul>

### **Critères d'exclusion**

- Numéro d'assurance-santé non valide/d'un émetteur autre que l'Ontario avec les valeurs '0', '1', '9', la province émettrice du code n'est pas ON.
- Les personnes qui ne résident pas en Ontario (code postal ne commence pas par K, L, M, N, O ou P).
- Consultations prévues aux SU.

### **Source des données**

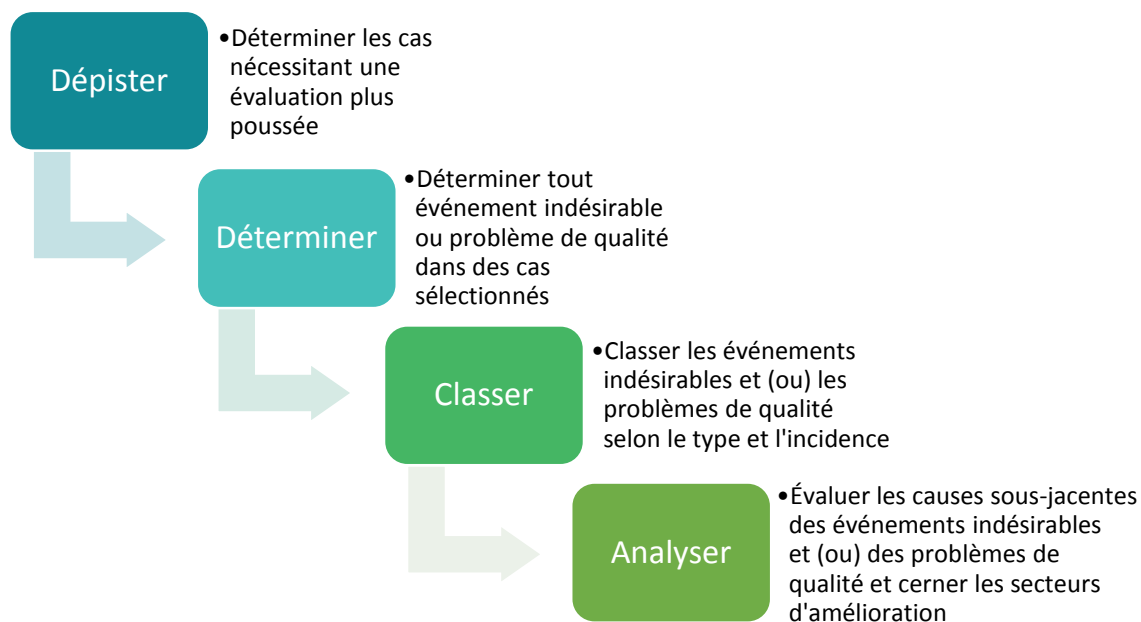
Les données relatives à la consultation de référence sont obtenues des données de niveau 3 du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Les données relatives aux consultations répétitives donnant lieu à des admissions proviennent de la BDCP.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la méthodologie, veuillez communiquer avec Accès aux soins à l'adresse [ATC@cancercare.on.ca](mailto:ATC@cancercare.on.ca).

# Mener des vérifications

## 14. Que nécessitera une vérification?

Le processus de vérification utilisé dans le cadre de ce programme a été adapté de ce qui a été décrit par Calder et coll<sup>13</sup>. Ce qui suit est un aperçu du processus :



Le processus de dépistage déterminera les cas pour lesquels les consultations répétitives n'avaient manifestement aucun lien avec la consultation de référence ou les consultations qui étaient prévues. Ces cas n'ont pas à être davantage examinés.

Les cas sélectionnés pour une évaluation plus approfondie sont ceux dans lesquels des problèmes de qualité sont plus susceptibles d'être trouvés. Une évaluation plus détaillée de ces cas sera effectuée afin de cerner les problèmes de qualité ou les événements indésirables qui sont survenus à la suite de la consultation de référence, de les classer selon le type et l'incidence et d'analyser les causes sous-jacentes et des domaines potentiels d'amélioration de la qualité.

QSSO distribuera un modèle de vérification en avril 2016 qui accompagnera d'autres renseignements sur la manière d'effectuer une vérification.

## 15. Combien de vérifications devons-nous mener?

Le nombre minimal de vérifications à mener sera de 25 cas pour la première année, et de 50 pour la deuxième année et les suivantes. Cependant, **tous les cas relatifs aux diagnostics sentinelles doivent être vérifiés**; par conséquent, certains hôpitaux peuvent avoir besoin de vérifier plus de 25 cas pendant la première année ou 50 cas pendant la deuxième, selon le nombre de cas liés aux diagnostics sentinelles indiqué sur le rapport relatif aux patients. Ces exigences sont appliquées selon l'établissement; par conséquent, les organismes qui comptent plusieurs établissements seront tenus de procéder à un minimum de 25 vérifications pour

chaque établissement ayant un SU au cours de la première année, et 50 vérifications pour chaque établissement ayant un SU pour la deuxième année et les suivantes.

Les cas seront répartis comme suit :

#### *Vérifications pour 2016 (1<sup>re</sup> année)*



#### *Vérifications pour 2017 et les années suivantes (2<sup>e</sup> année et au-delà)*



### **16. Qui doit mener ces vérifications?**

Les vérifications consistent en un processus de dépistage initial qui est suivi d'une analyse plus approfondie de certains cas sélectionnés au cours du processus de dépistage. L'analyse approfondie de ces cas devrait être menée par un urgentologue. Idéalement, ce médecin ne devrait pas avoir été directement mis en cause dans les cas à analyser, mais fera participer les membres de l'équipe de traitement dans l'analyse des causes sous-jacentes. Un autre professionnel des soins de santé qualifié (p. ex., un infirmier, un adjoint au médecin, etc. ) peut effectuer le processus de dépistage de la vérification. Cette personne doit bien connaître l'objectif du programme et elle doit être désignée comme responsable de réaliser cette partie de la vérification.

### **17. Comment puis-je désigner le dossier du patient dans le cadre du processus de vérification?**

Le rapport relatif aux patients mis à la disposition des utilisateurs désignés de l'hôpital par l'entremise de l'outil iPort Access<sup>MC</sup> contiendra le numéro d'identification de l'abrégé du SNISA associé au patient. Le numéro de l'abrégé est un numéro d'identification unique à sept chiffres attribué à chaque dossier soumis au SNISA. Cet élément de données ne peut pas être modifié une fois que le dossier du SNISA est accepté dans la base de données. Le numéro d'identification de l'abrégé peut servir à désigner le dossier du patient.

Il faut noter qu'Accès aux soins ne fournira pas d'autres renseignements personnels sur la santé, comme le numéro du dossier médical ou le numéro de la consultation, qui permettent d'identifier les patients.

### **18. Mon service sera-t-il tenu responsable de toutes les mesures d'amélioration de la qualité proposées dans la section comprenant l'analyse de la vérification?**

Chaque hôpital déterminera la responsabilité à l'égard des idées de changement proposées ou des prochaines étapes de l'amélioration de la qualité. Même si chaque hôpital est tenu de communiquer les résultats de sa vérification à son chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration, le choix des mécanismes de responsabilisation est laissé à la discrétion de l'administration de chaque hôpital.

### **19. Quelles mesures dois-je prendre si un incident critique est déterminé?**

Au cours de vos vérifications, vous pourriez découvrir des cas qui peuvent être classés comme des incidents critiques, mais qui n'ont pas été relevés dans un système de signalement des incidents critiques. Pour ces cas, suivez le processus de signalement des incidents critiques en place dans votre hôpital. Les hôpitaux devraient consulter leurs conseillers juridiques internes, ainsi que leurs responsables de la gestion des risques et des relations avec les patients afin de décider les renseignements qui doivent être divulgués aux patients mis en cause dans les cas pour lesquels des problèmes de qualité des soins sont déterminés.

### **20. Un comité de l'hôpital devrait-il surveiller les vérifications?**

Le but du programme est que la vérification de ces dossiers devienne une pratique critique courante. Il serait approprié qu'un comité interne de l'hôpital, comme le comité de la qualité du conseil d'administration, auquel les résultats de la vérification doivent être communiqués, exerce une vaste surveillance afin de faciliter le processus et d'examiner les conclusions d'une manière uniforme et exhaustive. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent décider de faire appel au comité consultatif médical ou à un autre comité pertinent pour remplir ce rôle.

### **21. Les résultats de la vérification peuvent-ils faire l'objet d'une demande en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée?**

La *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* stipule actuellement quelques exceptions applicables à certains types de renseignements sur la qualité des soins. Les hôpitaux devraient consulter leurs conseillers juridiques et (ou) les nombreuses ressources créées par l'Association des hôpitaux de l'Ontario au sujet de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et des renseignements sur la qualité des soins qui se trouvent sur le site [www.OHA.com](http://www.OHA.com).

### **22. Les vérifications doivent-elles être menées en vertu de la Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins?**

Chaque hôpital a son propre processus pour déterminer si les examens de la qualité des soins sont assujettis à la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*. Veuillez noter que la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins* protège les renseignements recueillis par un comité de la qualité des soins ou produits pour un tel comité qui est défini comme un comité de la qualité des soins en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*. Les faits et des problèmes inscrits dans le dossier d'un patient ne sont généralement pas protégés par la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*. Les hôpitaux devraient consulter leurs conseillers juridiques et (ou) les nombreuses ressources créées par l'Association des hôpitaux de l'Ontario au sujet de la *Loi sur*



*l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et des renseignements sur la qualité des soins qui se trouvent sur le site [www.OHA.com](http://www.OHA.com).

## Exigences relatives à la présentation et à la soumission

### 23. Quels renseignements faut-il présenter au chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration?

Vous devrez présenter un résumé des résultats des vérifications et des mesures potentielles d'amélioration de la qualité à votre chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration. Vous pouvez également remettre le modèle que vous avez rempli au cours de la vérification (en enlevant les renseignements permettant d'identifier les patients) sur lequel est fondé ce résumé, en soulignant que ces renseignements sont confidentiels.

Vous pourriez également envisager de faire part (en toute confidentialité) des résultats des vérifications et des mesures potentielles d'amélioration de la qualité au conseil consultatif des patients et des familles de votre hôpital et aux équipes cliniques dans les SU.

### 24. Quels renseignements faut-il présenter à QSSO?

Les hôpitaux doivent soumettre deux rapports à QSSO, soit un rapport d'étape de mi-exercice et un rapport final à la fin de l'exercice.

Le rapport de fin d'exercice soumis à QSSO doit inclure certains renseignements tirés du modèle, ainsi qu'un sommaire des résultats de la vérification des dossiers et les mesures potentielles d'amélioration de la qualité. Les renseignements permettant d'identifier les patients ne seront pas communiqués à QSSO. D'autres directives sur les renseignements à présenter seront communiquées au cours des prochains mois.

Les rapports d'étape de mi-exercice présentés à QSSO devront seulement inclure le nombre de vérifications menées à ce jour et si vous prévoyez que votre hôpital respecte ses exigences en matière de vérifications pour l'année.

### 25. Comment mes résultats seront-ils présentés ou partagés?

Après un examen des renseignements dans les rapports de fin d'exercice soumis à QSSO par chaque hôpital, QSSO fera rapport aux hôpitaux, de façon générale, des types de problèmes de qualité révélés, de leur incidence et de leurs causes sous-jacentes communes et proposera des stratégies d'amélioration de la qualité. Les rapports *ne* nommeront *pas* les hôpitaux individuels et les rapports de fin d'exercice soumis à QSSO *ne* seront *pas* rendus publics.

## Renseignements additionnels

### **24. Où puis-je trouver d'autres renseignements sur le programme et le processus de soumission?**

QSSO formulera des conseils sur la façon dont les hôpitaux peuvent mener des vérifications et tirer parti des consultations répétitives. Des renseignements sur le processus et les exigences pour la soumission des rapports seront également fournis. Ces documents d'orientation seront rendus publics en avril 2016. En outre, deux webinaires auront lieu à la fin d'avril 2016 pour donner plus de détails au sujet du programme, offrir un forum de questions et de discussion, et expliquer comment les hôpitaux peuvent accéder à leurs données.

De plus, les responsables de la médecine d'urgence des RLISS peuvent fournir du leadership clinique aux hôpitaux pour soutenir l'examen des consultations répétitives.

## Bibliographie

1. RESAR, R. K., J. D. Rozich et D. Classen. « Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 12 (suppl. 2) (2003), pp. ii39 à ii45.
2. PIERCE, J. M., A. L. Kellerman et C. Oster. « “Bounces”: an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 19 (1990), pp. 752 à 757.
3. WU, C. L., F. T. Wang, Y. C. Chiang, Y. F. Chiu, T. G. Lin, L. F. Fu et T. L. Tsai. « Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 38 (2010), pp. 512 à 517.
4. FRIEDMAN, S. M., D. Provan, S. Moore et K. Hanneman. « Errors, near misses and adverse events in the emergency department: what can patients tell us? », *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 10 (2008), pp. 421 à 427.
5. KUAN, W. S. et M. Mahadevan. « Emergency unscheduled returns: can we do better? », *Singapore Medical Journal*, vol. 50 (2009), pp. 1068 à 1071.
6. NUNEZ, S., A. Hexdall et A. Aguirre-Jaime. « Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 15 (2006), pp. 102 à 108.
7. CHERN, C. H., C. K. How, L. M. Wang, C. H. Lee et L. Graff. « Decreasing clinically significant adverse events using feedback to emergency physicians of telephone follow-up outcomes », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 45 (2005), pp. 15 à 23.
8. JONES, J., W. Clark, J. Bradford et J. Dougherty. « Efficacy of a telephone follow-up system in the emergency department », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 6 (1988), pp. 249 à 254.
9. VERMEULEN, M. J. et M. J. Schull. « Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department », *Stroke*, vol. 38 (2007), pp. 1216 à 1221.
10. 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, numéro 6 (2006), pp. 647 à 655.
11. 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, numéro 6 (2014), pp. 625 à 632.
12. 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>.
13. 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.