

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

Document d'orientation du programme

Mise à jour : janvier 2024

Table des matières

Contexte	4
En quoi consiste le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences?	4
Pourquoi le programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences a-t-il été créé? Quel en est l'objectif?	4
Comment les visites répétitives aux urgences sont-elles définies dans le cadre de ce programme?	5
Quels hôpitaux sont tenus de participer?	6
Le financement est-il lié au rendement de mon hôpital en ce qui a trait aux taux de visites répétitives aux urgences?	6
Quelles ressources ou quel soutien seront fournis dans le cadre du programme?	6
Exigences relatives à la présentation et à la soumission	7
Quels renseignements faut-il présenter à Santé Ontario?	7
Quels renseignements faut-il présenter au chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration?	7
Comment mes résultats seront-ils présentés ou partagés?	8
Données et rapports	8
Comment et pourquoi ces types de visites répétitives ont-ils été choisis aux fins d'évaluation?	8
Comment puis-je accéder aux rapports de données?	9
Dans quelle mesure les données seront-elles à jour? Quelles données seront incluses dans les résultats soumis chaque année à Santé Ontario?	10
Y a-t-il des préoccupations quant aux retards dans la disponibilité des rapports de données? Il sera difficile pour les médecins de se souvenir du cas s'il est potentiellement examiné six mois après la visite répétitive	11
Quelles sont les caractéristiques techniques s'appliquant aux visites répétitives?	12
Envisagera-t-on d'inclure d'autres diagnostics sentinelles?	15
Si un patient ayant reçu un diagnostic sentinelle est transféré dans un autre établissement, cela entraînera-t-il un examen, ou ces cas en seront-ils dispensés?	15
Est-ce que les cas de coroner constituent une visite répétitive? Par exemple, un patient ayant obtenu son congé du service des urgences qui, par la suite, subit un infarctus aigu du myocarde qui lui est fatal, mais qui n'est jamais retourné au service des urgences.	16
Les patients qui reviennent pour des interventions prévues à la suite d'une visite au service des urgences et qui ont par la suite besoin d'être admis en raison des résultats obtenus sont-ils inclus dans le volume total de visites répétitives?	16
Mener des vérifications	16
Que nécessitera une vérification?	16
Combien de vérifications devons-nous mener?	18
À l'exception des cas d'événements sentinelles, les hôpitaux devraient-ils choisir au hasard les cas à examiner?	18
Est-ce que le dépistage compte comme une vérification? Autrement dit, si une visite répétitive est dépistée, est-ce que cela compte vers l'atteinte de l'exigence minimale?	19
Qui doit mener ces vérifications?	19

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?..... 19

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

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

Les vérifications doivent-elles être menées en vertu de la Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins?.....20

Les hôpitaux sont-ils tenus de dépister et (ou) de vérifier les cas où le patient a été examiné dans un service des urgences qui ne fait pas partie de leur corporation hospitalière? Y a-t-il de la transparence entre les hôpitaux afin de faciliter un suivi?21

Qui serait considéré comme responsable de participer au processus de vérification? Serait-ce le directeur des programmes de la qualité, le directeur médical ou le chef du service des urgences, ou revient-il à chaque hôpital de prendre cette décision?21

Comment d'autres médecins participeront-ils aux examens de patients qui sont aiguillés vers un service interne comme la médecine ou la chirurgie, mais qui sont ensuite retournés chez eux par ce service? Le médecin des urgences ne sera pas en mesure de formuler des commentaires sur les raisons pour lesquelles la personne a été retournée chez elle..... 22

Comment les fournisseurs de soins communautaires et primaires sont-ils mis à contribution dans le processus visant à cerner les problèmes dans les soins extrahospitaliers? 22

Renseignements additionnels.....23

Où puis-je trouver d'autres renseignements sur le programme et le processus de soumission? 23

Bibliographie24

Contexte

En quoi consiste le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences?

Recommandé en 2015 par un groupe de travail expert en amélioration de la qualité comprenant des urgentologues ainsi que les représentants d'organismes intervenants, le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences est une initiative qui vise à mettre l'accent sur la qualité des soins aux services d'urgence pour compléter les indicateurs de rendement qui font partie du Programme de financement axé sur les résultats (FAR).

Dans le cadre du programme, les hôpitaux examinent les données relatives aux visites répétées aux urgences pour en déterminer les causes sous-jacentes et prendre les mesures qui s'imposent. Ils présentent ensuite les constats de ces vérifications à leur chef de la direction et au comité de la qualité de leur conseil d'administration, puis soumettent le tout annuellement à Santé Ontario. Le programme vient ainsi créer une culture d'amélioration continue dans les urgences.

Santé Ontario prépare ensuite des résumés et rapports sur les lacunes et les thèmes découverts ainsi que sur les stratégies d'amélioration cernées, de manière à diffuser aux hôpitaux les principales leçons à tirer dans une optique d'amélioration continue de la qualité.

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

Le fait de retourner au service des urgences après une première visite 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 prodigués¹. Ces visites répétitives peuvent se produire pour une gamme de raisons non évitables comme l'évolution de la maladie ou un retour prévu^{2,3}.

Toutefois, certaines visites répétitives sont évitables, parce qu'elles sont liées à la qualité des soins prodigués lors de la première consultation^{2,4-6}. Ces visites 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 visites 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 visites 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^{7,8}. 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 visites 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 visites répétitives et les préjudices l'avenir.

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

Comment les visites répétitives aux urgences sont-elles définies dans le cadre de ce programme?

Deux types de visites répétitives sont définis dans le cadre de ce programme, soit les suivants :

1. Nombre et pourcentage de visites répétitives aux SU dans les 72 heures suivant le congé de la visite 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 visites répétitives aux SU dans les sept jours suivant le congé de la visite 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 visite avec un diagnostic sentinelle (hémorragie sous-arachnoïdienne, infarctus aigu du myocarde [IAM] ou sepsie pédiatrique) et avec un diagnostic pertinent¹ consigné dans la visite initiale sans admission aux SU).

*Les diagnostics pertinents de la visite 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^e révision* (CIM-10) est présentée dans les caractéristiques techniques qui se trouvent à la [page 11](#).⁹⁻¹¹

Veillez noter que les visites répétitives aux urgences dans les 72 heures liées aux diagnostics sentinelles seront incluses dans ces deux types de visites répétitives.

Les hôpitaux sont invités à accorder une attention particulière aux chiffres plutôt qu'au taux associé à chaque type de visites répétitives, car chaque chiffre représente un patient qui a potentiellement subi un préjudice évitable.

Les hôpitaux n'ont pas à recueillir de données sur ces visites répétitives; le Programme d'accès aux soins (Accès aux soins) à Santé Ontario produira des rapports de données tous les trimestres. De plus amples renseignements sur les caractéristiques techniques et la méthodologie utilisées par Accès aux soins sont présentés à la [page 11](#).

¹L'Initiative du Système national d'information sur les soins ambulatoires (ISNISA) inclut la participation de 126 sites hospitaliers qui soumettent des données de niveau 1 au SNISA chaque mois.

Quels hôpitaux sont tenus de participer?

La participation est obligatoire uniquement pour les hôpitaux participant au programme FAR.

Les hôpitaux participant à l'initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences (IANSU) se voient remettre des rapports trimestriels de données sur les deux types de visites répétitives, en plus d'être invités à participer au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences.

Les hôpitaux qui ne prennent pas part à l'IANSU ne recevront pas les rapports de données trimestriels et ils ne sont pas tenus de participer au programme. Ces derniers pourront toutefois participer au programme s'ils sont en mesure de recueillir des données à l'interne.

Le financement est-il lié au rendement de mon hôpital en ce qui a trait aux taux de visites répétitives aux urgences?

La participation au programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences est une condition de la participation au programme FAR. Cependant, le financement n'est pas lié au rendement en ce qui a trait aux taux de visites répétitives aux urgences pour deux raisons : premièrement, il pourrait y avoir des variations dans les taux de visites 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 visites de référence afin de réduire leur taux de visites répétitives.

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

Les formes de soutien suivantes sont offertes dans le cadre de ce programme :

- Santé Ontario fournit des ressources d'information générale sur le programme, sur la manière de mener une vérification et la manière d'utiliser le modèle de vérification et de s'éduquer en se basant sur tout problème de qualité identifié. Toute la documentation se trouve sur le [site Web](#); prière d'envoyer vos questions concernant l'orientation ou les exigences du programme à l'adresse EDQuality@ontariohealth.ca.
- Santé Ontario propose aussi des webinaires et d'autres activités de réseautage pour les urgentologues et les équipes interprofessionnelles qui prennent part au programme. Les événements à venir seront affichés sur le site du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences ainsi qu'annoncés par courriel.
- Accès aux soins donne de la formation et de l'information sur l'utilisation de l'outil iPort Access^{MC} pour exécuter des rapports et extraire des données, ainsi que sa méthodologie pour recueillir des données. Pour toute question sur les rapports de données, écrire à ATC@ontariohealth.ca.

Prière d'envoyer vos questions concernant le programme à l'adresse EDQuality@ontariohealth.ca. Nous vous mettrons en contact avec l'intervenant le mieux placé pour vous répondre. Les responsables de soins cliniques de SU régionaux pourront également fournir des conseils sur ce programme.

Exigences relatives à la présentation et à la soumission

Quels renseignements faut-il présenter à Santé Ontario?

Les hôpitaux participants seront invités à soumettre leurs résultats à la fin janvier de chaque année.

Les documents suivants devront être soumis annuellement :

1. Le modèle de vérification rempli, ne contenant aucun renseignement personnel sur la santé.
 - Celui-ci doit consigner au moins **50 vérifications achevées**.
 - Toute visite relative à un diagnostic sentinelle doit faire l'objet d'une vérification.
 - Le reste des vérifications portera sur les visites répétitives se produisant dans les 72 heures du congé de l'hôpital.
 - Les exigences de vérification sont appliquées selon l'établissement; par conséquent, les associations hospitalières qui comptent plusieurs établissements prenant part au Programme de financement axé sur les résultats sont tenues de procéder à un minimum de 50 vérifications pour chaque établissement doté d'un service d'urgence.
2. Le gabarit de section narrative rempli et signé par le chef de la direction.

Le gabarit de section narrative est typiquement mis à jour chaque année; la nouvelle version est produite à l'automne pour donner le temps aux hôpitaux de préparer leurs documents pour envoi avant la date limite de janvier. Les hôpitaux participants sont avisés par courriel lorsque le nouveau gabarit de section narrative est publié; ce dernier ainsi que le modèle de vérification le plus récent sont téléchargeables depuis le [site Web](#).

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

Dans le cadre de votre participation au programme, vous devez présenter vos résultats au chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration au moins une fois par année, notamment un résumé des résultats des vérifications menées à ce jour et des initiatives d'amélioration de la qualité planifiées, ainsi que de leur avancement, le cas échéant. Le chef de la direction doit également signer le gabarit de section narrative rempli avant la soumission du document.

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.

Comment mes résultats seront-ils présentés ou partagés?

Après un examen des renseignements dans les rapports annuels soumis à Santé Ontario par chaque hôpital, Santé Ontario 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 mises à jour des stratégies d'amélioration de la qualité, le cas échéant.

Dans le cadre de son travail, Santé Ontario demande parfois aux hôpitaux participants la permission de publiciser certains récits ou cas de figure qu'ils ont rapportés dans leurs documents; l'organisme s'assure de taire l'identité des hôpitaux en question, à moins que ceux-ci lui permettent de mentionner cette information.

À l'exception de ces récits ou exemples isolés, les documents de fin d'année soumis à Santé Ontario ne sont aucunement rendus publics.

Données et rapports

Comment et pourquoi ces types de visites répétitives ont-ils été choisis aux fins d'évaluation?

Les visites 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^{12,13}. Les définitions particulières de ces deux types de visites répétitives 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^{9-11,13}.

Les diagnostics sentinelles ont été choisis pour deux raisons :

- 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 visite 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. Ces cas sont donc plus utiles 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.
- 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.

Comment puis-je accéder aux rapports de données?

Les deux rapports suivants seront produits^{††} par Accès aux soins tous les trimestres :

- un rapport regroupé relatif aux établissements, qui comprend le nombre et les taux de visites répétitives de tous les établissements en Ontario. Ce rapport est envoyé tous les trimestres au directeur administratif des SU, au directeur des SU, au responsable des soins cliniques de l'ANSU, aux coordonnateurs de l'ANSU et à la personne-ressource désignée pour le programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences de tous les hôpitaux participant au programme FAR. Ce rapport est également envoyé aux responsables de soins cliniques de SU régionaux.
- un rapport relatif aux patients, qui présente des données à l'échelle du patient, y compris le mois de la visite de référence, le numéro de son dossier médical, le diagnostic posé au cours de la visite initiale, le diagnostic à l'admission au cours de la deuxième consultation, si la visite répétitive était dans les 72 heures de la visite initiale, si la visite répétitive a eu lieu dans les sept jours de la visite initiale et a donné lieu à un diagnostic sentinelle et si la visite répétitive était au même hôpital. Ces rapports peuvent être consultés par l'outil iPort Access^{MC} par les utilisateurs autorisés.

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^{MC} afin d'accéder aux rapports relatifs aux patients. L'autorité locale d'enregistrement (ALE) de l'outil iPort Access^{MC} de chaque établissement doit soumettre les détails des utilisateurs désignés en utilisant le modèle de courriel ci-dessous :

- Envoyer par courriel à : iPortAccess@cancercare.on.ca
- Objet : Requête d'accès au rapport sur les données relatives aux visites répétitives Corps du courriel :
- Détails relatifs à l'autorité locale d'enregistrement (ALE) :
 - Nom de l'établissement

^{††}Les hôpitaux qui ne sont pas financés en fonction des résultats obtenus recevront uniquement le rapport regroupé relatif aux établissements s'ils soumettent les coordonnées de la personne ressource désignée pour le programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences à Santé Ontario à EDQuality@ontariohealth.ca.

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

Si vous avez des questions au sujet de l'outil iPort Access^{MC}, veuillez envoyer un courriel à l'adresse ATC@ontariohealth.ca.

Dans quelle mesure les données seront-elles à jour? Quelles données seront incluses dans les résultats soumis chaque année à Santé Ontario?

Les rapports de données traitent du trimestre précédent (c.-à-d., la période qui va de trois à six mois avant leur publication).

Les documents finaux sont à soumettre à Santé Ontario chaque année avant la fin janvier, et devraient comporter des vérifications se rapportant aux rapports de données reçus au cours de l'année civile précédente. Ainsi, les résultats finaux soumis à Santé Ontario comprennent des données qui vont, pour chaque exercice, du 1^{er} juillet au 30 juin (T2, T3, T4 et T1).

Le tableau 1 présente les dates de publication des rapports de données et de soumission des documents jusqu'en 2023.

Tableau 1. Échéancier de publication des rapports de données et de soumission des documents finaux

Date de publication du rapport de données	Période des visites répétitives signalées dans le rapport	Date limite de soumission des documents finaux
1 ^{er} janv. 2024	T2 2023-2024 (1 ^{er} juill. au 30 sept 2023)	Janvier 2025
1 ^{er} avr. 2024	T3 2023-2024 (1 ^{er} oct. au 31 déc. 2023)	
1 ^{er} juill. 2024	T4 2023-2024 (1 ^{er} janv. au 31 mars 2024)	
1 ^{er} oct. 2024	T1 2024-2025 (1 ^{er} avr. au 30 juin 2024)	
1 ^{er} janv. 2025	T2 2024-2025 (1 ^{er} juill. au 30 sept. 2024)	Janvier 2026
1 ^{er} avr. 2025	T3 2024-2025 (1 ^{er} oct. au 31 déc. 2024)	
1 ^{er} juill. 2025	T4 2024-2025 (1 ^{er} janv. au 31 mars 2025)	
1 ^{er} oct. 2025	T1 2025-2026 (1 ^{er} avr. au 30 juin 2025)	

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.

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

L'avantage de l'utilisation de dossiers tirés de la base de données sur les congés des patients (BDPCP) afin de cerner les visites répétitives, c'est que les données fournies sont exactes.

Malheureusement, l'utilisation de la BDPCP entraîne également un retard dans la fourniture des données. Chaque rapport de données présentera la liste des cas pour lesquels le patient a obtenu son congé de trois à six mois avant la publication du rapport.

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

Nous invitons les participants à effectuer des vérifications tout au long de l'année afin de réduire au minimum tout décalage supplémentaire engendré par l'attente de la réalisation des vérifications. Par ailleurs, certains établissements ont encouragé leurs équipes responsables du soutien décisionnel à produire des rapports de données internes qui signalent les visites répétées à leur établissement pour ainsi cerner plus rapidement les cas à vérifier. Nous vous invitons à en faire de même, si la démarche est possible et bénéfique à votre organisation.

Quelles sont les caractéristiques techniques s'appliquant aux visites répétitives?

Ces caractéristiques techniques vont comme suit :

1. Taux global de visites 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 [BDCPI]), 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).

2. Taux global de visites 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 visite initiale (selon la date et l'heure de l'enregistrement) et dont le diagnostic de la visite initiale était en lien avec leur diagnostic sentinelle à l'admission*.

Voir le tableau 2 pour les caractéristiques techniques des diagnostics sentinelles au cours de la visite donnant lieu à l'admission et les diagnostics pertinents au cours de la visite de référence. Pour les patients du groupe de la sepsie pédiatrique, les admissions directes aux soins intensifs (quel que soit le diagnostic) au cours d'une visite répétitive sont également incluses.

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

Diagnostiques sentinelles	Caractéristiques techniques des diagnostics sentinelles (au cours de la visite répétitive/donnant lieu à	Caractéristiques techniques des diagnostics pertinents (au cours de la visite de référence)
<p>Infarctus aigu du myocarde</p>	<p>Cas de patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé (BDCP) qui portent un des codes de la CIM-10 comme principal diagnostic : infarctus aigu du myocarde, I21.0 à I21.9</p> <p>L'âge des patients : 20 à 95 ans</p>	<p>Première visite aux SU (SNISA) qui porte un des codes CIM-10 suivant comme principal diagnostic principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Douleur thoracique (R07.1 à R07.4) • Angine de poitrine (I20) • Essoufflement ou insuffisance cardiaque congestive (R06.0, R06.8, I50, ou J81) • 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) • Syncope/malaise (CIM-10-CA R42, R43, R44)
<p>Hémorragie sous-arachnoïdienne</p>	<p>Cas de patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé (BDCP) qui portent un des codes de la CIM-10 comme principal diagnostic : hémorragie sous- arachnoïdienne, I60.0 à I60.9</p> <p>L'âge des patients : 18 ans ou plus</p>	<p>Première visite aux SU (SNISA) qui porte un des codes CIM-10 suivant comme principal diagnostic principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migraines/céphalée (F454, G430-9, G440- 2, G448, R51) • Douleur cervicale (M436, 4642, M4782, M4792, M4802, M501-9, M530, M531, M542, S1340-2, S1348, S136, S168) • Hypertension (I100-1) • Sinusite (J010-9, J320-9)

Diagnostiques sentinelles	Caractéristiques techniques des diagnostics sentinelles (au cours de la visite répétitive/donnant lieu à l'admission)	Caractéristiques techniques des diagnostics pertinents (au cours de la visite de référence)
		<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire (G450, G459, I64, I674) ☐ Méningite (A870-9, G000-9, G01, G020-8, G030-9, G042) • Syncope et collapsus (R55) • Artérite temporale (M315-6)
Sepsies pédiatriques	<p>Cas de patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé (BDPC) 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"> • Méningite : A390, G000, G001, G002, G003, G008, G009, G01, G030, G039, A870, A871, A878, A879, B003, B010, B021, B051, B261, B375, G020 • Septicémie/sepsie : A021, A 327, A392, A394, A400, A401, A402, A403, A408, A409, A410, A411, A412, A413, A414, A4150, A4151, A4152, A4158, A4159, A4180, A4188, A419, A483, R572 <p>L'âge des patients : 30 jours à 5 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre d'origine inconnue (R50) • Toux (R05) • Autres symptômes et signes généraux (R68) • Nausées avec vomissements (R11) • Convulsions, non classées ailleurs (R56) • Anomalies de la respiration (R06) • Rash et autres éruptions cutanées non spécifiques (R21) • Malaise et fatigue (R53) • Douleur abdominale et pelvienne (R10) • Céphalée (R51) • Autres affections de l'oeil et de ses annexes (H57) • Autres gastro-entérites et colites non infectieuses (K52) • Symptômes et signes relatifs à l'absorption d'aliments et de liquides (R63) • Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse (A09)

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).
- Visites prévues aux SU.

Source des données

Les données relatives à la visite de référence sont obtenues des données de niveau 3 du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Les données relatives aux visites 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@ontariohealth.ca.

Envisagera-t-on d'inclure d'autres diagnostics sentinelles?

Nous avons choisi les trois diagnostics sentinelles selon des recherches publiées menées par l'ICES⁹⁻¹¹. Nous avons choisi d'utiliser les mêmes diagnostics sentinelles que ceux qui sont décrits dans ces publications parce que les procédures de production de rapports, ainsi que la qualité des données qui en résultent, sont déjà validées. En outre, nous avons confirmé que la sélection de ces diagnostics permettra de cerner un nombre de cas facile à gérer dont l'examen est très susceptible de s'avérer pertinent. Mise à part cette justification fondée sur la méthodologie et la portée, le diagnostic sentinelle choisi représente les secteurs où il peut y avoir des défis diagnostiques en médecine d'urgence, et où un diagnostic retardé présente un risque de moins bons résultats pour le patient.

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

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

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

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

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

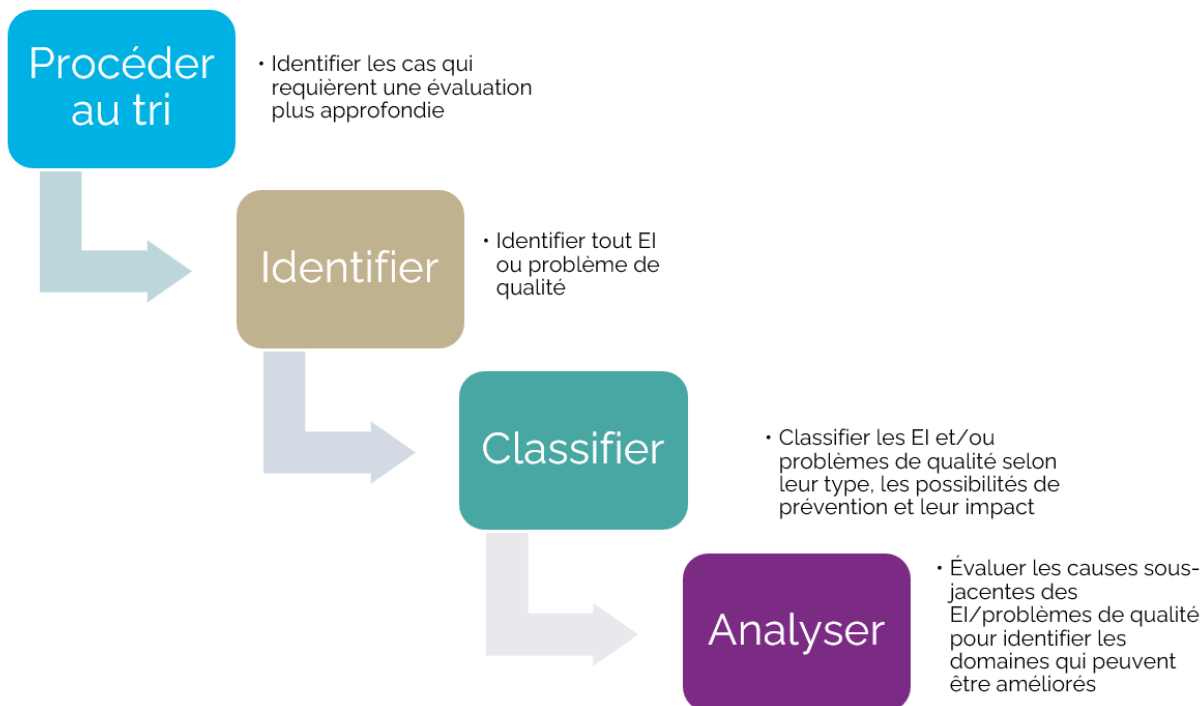
Les patients qui reviennent pour des interventions prévues à la suite d'une visite au service des urgences et qui ont par la suite besoin d'être admis en raison des résultats obtenus sont-ils inclus dans le volume total de visites répétitives?

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

Mener des vérifications

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 coll¹³. Ce qui suit est un aperçu du processus :



*EI—événement indésirable.

Le processus de dépistage déterminera les cas pour lesquels les visites répétitives n'avaient manifestement aucun lien avec la visite de référence ou les visites 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 visite 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.

Pour connaître les détails de ce processus, consultez le modèle de vérification ainsi que le document d'orientation intitulé *Comment mener une vérification*. Ces documents sont accessibles sur le site Web du programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences [ici](#).

Combien de vérifications devons-nous mener?

Chaque année, les établissements participants devront vérifier au moins 50 cas. Cependant, tous les cas relatifs aux diagnostics sentinelles *doivent* être vérifiés.

Ces exigences sont appliquées selon l'établissement; par conséquent, les organismes qui comptent plusieurs établissements seront tenus de procéder à un minimum de 50 vérifications pour chaque établissement ayant un SU. Les cas seront répartis comme suit :



À l'exception des cas d'événements sentinelles, les hôpitaux devraient-ils choisir au hasard les cas à examiner?

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

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

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

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

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

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 devrait faire 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.

De nombreux établissements se sont dotés d'une équipe ou d'un comité pour mener à bien les vérifications et encourager les mesures d'amélioration collective, une approche collégiale qui favorise les échanges et amène une pluralité d'avis professionnels. Une étude qualitative du programme¹⁴ publiée a montré que les sites qui emploient une approche centralisée pour mener des vérifications (par ex le chef, gestionnaire ou directeur du SU) ont souvent une compréhension moindre des objectifs du programme alors que les sites qui emploient une approche multidisciplinaire ont tendance à avoir une meilleure compréhension des objectifs du programme, un meilleur rendement et de meilleurs résultats.

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.

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.

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. De nombreux établissements se sont dotés d'une équipe ou d'un comité pour mener à bien les vérifications et encourager les mesures d'amélioration collective, une approche qui favorise les échanges et amène une pluralité d'avis professionnels.

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), vienne exercer une vaste surveillance des travaux menés en lien avec le programme et se charge d'examiner les conclusions d'une manière uniforme et exhaustive. Les hôpitaux peuvent tout aussi bien faire appel au comité consultatif médical ou à un autre comité existant pour prendre en charge le processus de vérification.

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.

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.

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

Les cas de visites répétitives pour lesquels la deuxième visite a eu lieu dans un autre hôpital ne seront signalés que dans le rapport de données de l'hôpital où la première visite a eu lieu. Le fait que la visite répétitive ait eu lieu dans un hôpital différent sera clairement indiqué dans le rapport de données, mais l'hôpital ne sera pas précisé dans les rapports de données afin de respecter les lois sur la protection des renseignements personnels.

Les cas liés aux diagnostics sentinelles doivent faire l'objet d'une vérification même si la deuxième visite a eu lieu dans un autre hôpital. Parce que l'accent est mis sur les soins fournis dans le cadre de la première consultation, ces cas peuvent tout de même faire l'objet d'une vérification à partir du dossier de la première visite ainsi que du diagnostic de mise en congé de la deuxième consultation, comme indiqué dans le rapport de données. Pour obtenir de plus amples renseignements ou accéder aux dossiers médicaux de la visite répétitive, vous auriez à communiquer avec le patient ou avec son représentant, et à obtenir des renseignements d'eux directement ou obtenir leur consentement à communiquer avec l'autre hôpital.

Environ 80 % des visites répétitives avec diagnostic sentinelle signalées dans les rapports de données ont lieu dans le même hôpital; par conséquent, vous pourrez accéder aux renseignements relatifs à la deuxième visite pour la majorité des cas de votre rapport de données.

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

Les hôpitaux peuvent, à leur discrétion, nommer un chargé de programme pour encadrer les travaux qui se rapportent au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences. Quoi qu'il en soit, la participation au présent programme est, du moins dans l'idéal, un processus de collaboration.

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

Les hôpitaux devront présenter un résumé des résultats des vérifications et des mesures potentielles d'amélioration de la qualité à leur chef de la direction et au comité de la qualité du conseil d'administration. Par conséquent, certains hôpitaux pourront juger approprié que le comité de la qualité du conseil d'administration exerce une vaste

surveillance afin de faciliter le processus et d'examiner les conclusions d'une manière uniforme et exhaustive. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent décider de faire appel au comité consultatif médical ou à un autre comité pertinent pour remplir ce rôle.

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

Comment d'autres médecins participeront-ils aux examens de patients qui sont aiguillés vers un service interne comme la médecine ou la chirurgie, mais qui sont ensuite retournés chez eux par ce service? Le médecin des urgences ne sera pas en mesure de formuler des commentaires sur les raisons pour lesquelles la personne a été retournée chez elle.

Le service des urgences dépend de multiples services différents – experts-conseils, radiologistes, laboratoires, etc. – et les visites répétitives révèlent souvent des problèmes qui vont au-delà du service des urgences. Si de tels problèmes se présentent, nous prévoyons que vous pourrez les décrire dans votre rapport de vérification et dans votre rapport à Santé Ontario, et nous nous attendons également à ce que vous fassiez preuve de jugement pour y donner suite, peu importe où cela vous mènera. La force de ce programme réside dans l'utilisation de processus collaboratif de la vérification pour identifier des occasions d'AQ dans l'ensemble des disciplines et des secteurs de la santé.

Comment les fournisseurs de soins communautaires et primaires sont-ils mis à contribution dans le processus visant à cerner les problèmes dans les soins extrahospitaliers?

Pendant le processus de vérification, vous pourriez cerner des problèmes qui contribuent aux visites répétitives, mais qui s'étendent au-delà de votre service des urgences. Par exemple, il arrive que des patients soient incapables d'obtenir leurs ordonnances ou de les faire exécuter, ou qu'ils soient incapables de se présenter à un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires ou dans une clinique, comme on le leur a conseillé au moment du congé de l'hôpital. Il peut y avoir des limites quant à ce que votre hôpital peut faire à lui seul pour éviter ces visites répétitives.

Si vous cernez des problèmes touchant l'ensemble du système, comme ceux-ci, nous aimerions que vos rapports à Santé Ontario en fassent état. Nous espérons que vous commencez à élaborer des initiatives d'amélioration de la qualité qui comprennent des communications avec les autres organismes de la collectivité afin d'améliorer les problèmes plus vastes qui peuvent contribuer aux visites répétitives au service des urgences.

Renseignements additionnels

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

Tous les documents d'orientation et les modèles sont accessibles sur le [site Web du programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences](#). Si vous avez des questions concernant ce programme, n'hésitez pas à nous écrire à EDQuality@ontariohealth.ca.

Nous vous mettrons en contact avec l'intervenant le mieux placé pour répondre à vos questions. Les responsables de soins cliniques des SU régionaux peuvent également fournir des conseils sur ce programme.

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.
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.
14. Chartier LB, Jalali H, Seaton MB, Ovens H, Borgundvaag B, McLeod SL, Dainty KN, Ostrow O. Qualitative evaluation of a mandatory provincial program auditing emergency department return visits. *BMJ Open*. 7 avril 2021 ;11(4):e044218.