



PROGRAMME DE GESTION DE LA QUALITÉ CONCERNANT LES  
VISITES RÉPÉTITIVES AUX URGENCES

---

# Comment sélectionner des cas et mener une vérification des visites répétitives aux urgences

Des instructions détaillés pour l'utilisation des  
rapports de données et le modèle d'audit

NOVEMBRE 2024

# Table des matières

<b>Objectif du présent document</b> .....	<b>3</b>
<b>Aperçu</b> .....	<b>4</b>
Processus .....	4
Équipe du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences du site	5
Processus de sélection .....	5
Vérification .....	5
Modèles et documents.....	5
<b>Dépistage et sélection</b> .....	<b>6</b>
1. Sélection des cas.....	6
Cas avec diagnostics sentinelles.....	6
Cas avec des diagnostics autres qu'un diagnostic sentinelle .....	6
COLONNES A, B ET C .....	6
2. Décrire les visites .....	7
COLONNES D ET E .....	7
3. Éliminer les cas qui ne répondent pas aux critères. ....	8
Cas avec diagnostics sentinelles.....	8
Cas avec des diagnostics autres que le diagnostic sentinelle (autres).....	8
COLONNE F .....	8
<b>Vérification</b> .....	<b>9</b>
1. Identifier un événement indésirable ou un problème de qualité en tant que facteur .....	9
COLONNE G.....	10
2. Classifier les événements indésirables et les problèmes de qualité .....	10
Classifier le type .....	10
COLONNES H ET I .....	11
Classifier l'impact ou la gravité du préjudice .....	11
COLONNE J.....	12
3. Évaluer les causes et identifier les mesures d'amélioration .....	12
Identifier et évaluer les causes.....	12
COLONNES K, L ET M.....	13
Établir un ordre de priorité .....	13
Résumer les mesures qui pourraient être prises .....	14
Colonnes N, O et P .....	15
<b>Références</b> .....	<b>16</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>17</b>
Annexe A : Critères généraux d'exclusion .....	17
Annexe B : Caractéristiques techniques pour les diagnostics sentinelles.....	17
Annexe C : Thèmes .....	19

# Objectif du présent document



Ce document remplace  
*Comment mener une vérification (Novembre 2022)*

Ce guide s'adresse aux membres de l'équipe hospitalière qui participent au processus de sélection et à la vérification des cas de visites répétitives pour la participation de leur hôpital au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences. Ce document fournit des instructions étape par étape pour compléter le modèle de vérification.

Ce document accompagne :

- *Informations pour les sites hospitaliers : Document d'orientation*

# Aperçu

Le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences est une initiative qui vise à instaurer une culture de la qualité dans les services d'urgence de l'Ontario. La participation à ce programme a pour but de déterminer les secteurs où la qualité doit être améliorée.

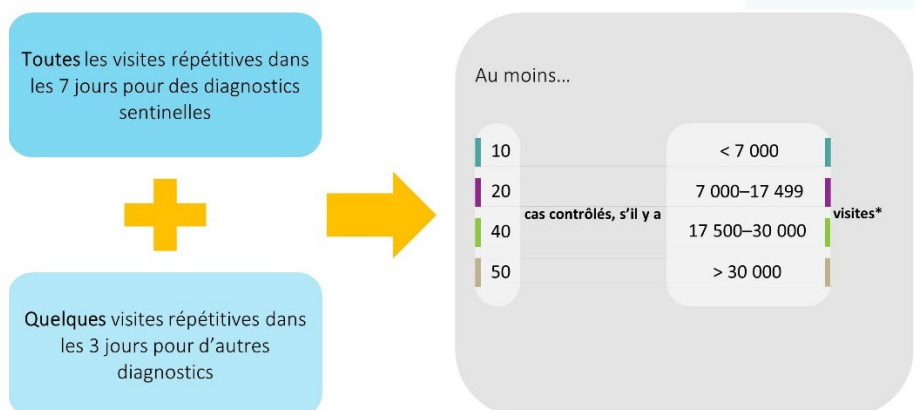
## Processus

Dans le cadre du programme, les hôpitaux ont accès à des rapports de données trimestriels résumant les visites répétitives dans les services d'urgence, et doivent procéder à des vérifications des cas qui répondent à des critères précis. Le processus (Figure 1) consiste à examiner régulièrement les rapports de données, à identifier les cas à vérifier tout au long de l'année et à effectuer une analyse approfondie en plusieurs étapes d'un nombre minimum de cas; le nombre minimum de cas pour chaque site dépend du nombre de patients traités par le service des urgences de l'hôpital (c'est-à-dire le niveau de rémunération en fonction des résultats du site de l'hôpital).

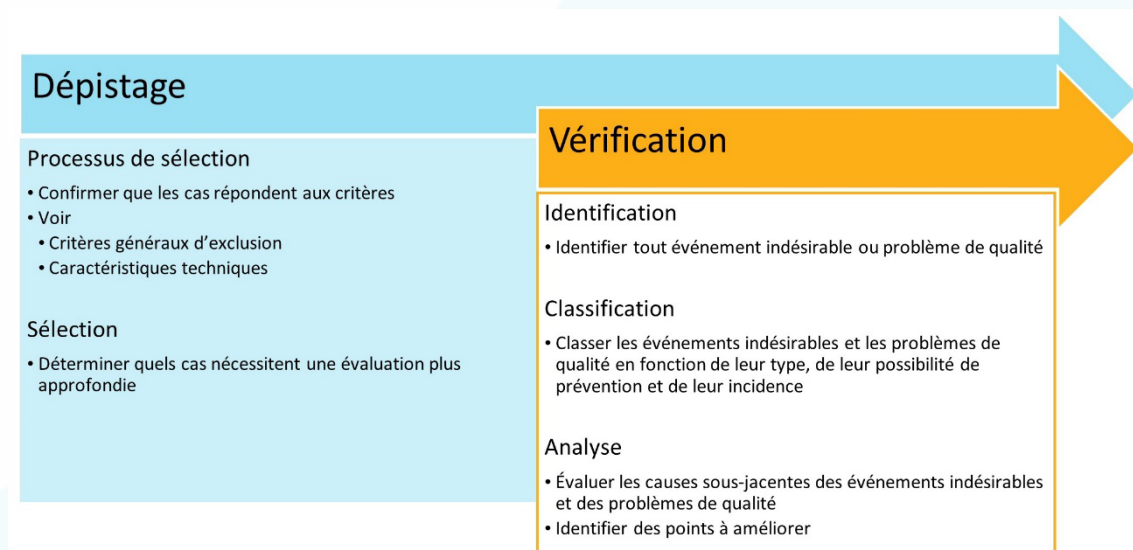
**Figure 1. Aperçu du processus de sélection et de la vérification.**

(A) Exigences minimales en matière de vérification des cas et (B) étapes de l'analyse. \*Visites annuelles aux urgences.

A.



B.



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

Chaque site hospitalier devrait avoir une équipe du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences composée d'un responsable de site et, idéalement, d'une équipe interprofessionnelle comprenant au minimum un médecin du service des urgences.

## Processus de sélection

Un professionnel de la santé qualifié (infirmier, auxiliaire médical, etc.) peut mener à bien le processus de sélection. Cette personne doit connaître l'objectif et les détails du programme.

## Vérification

Les cas qui ont été identifiés comme nécessitant une analyse plus approfondie au cours du processus de sélection doivent faire l'objet d'une vérification par l'équipe. L'équipe d'analyse devrait discuter du cas jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.

## Modèles et documents

Les rapports de données sont accessibles par le portail d'accès aux données *iPort Access*.

Les modèles et les documents peuvent être téléchargés sur le [site du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences](#) :

- [Modèle de vérification](#)
- Questions narratives

Pour plus d'informations, veuillez consulter *Informations pour les sites hospitaliers : Document d'orientation* ou communiquer avec [EDQuality@ontariohealth.ca](mailto:EDQuality@ontariohealth.ca).

# Dépistage et sélection

## 1. Sélection des cas

### Cas avec diagnostics sentinelles

Tous les cas avec des visites répétitives impliquant des diagnostics sentinelles doivent être inclus dans la feuille de calcul.

- Déterminer combien de visites répétitives comportaient des diagnostics sentinelles dans le **rapport de données agrégées au niveau du site**.
  - Localisez la cellule dans la colonne intitulée « Volume Admitted with Sentinel Diagnosis within 7 Days of Non-Admit ED Visit » (Volume admis avec un diagnostic sentinelle dans les 7 jours suivant une visite aux urgences sans admission) dans la ligne correspondant à votre site hospitalier.
- Identifiez ces cas dans le **rapport de données au niveau des patients**.
  - Dans la colonne intitulée « ED Return within 7 days, sentinel diagnosis only » (Retour aux urgences dans les 7 jours, diagnostic sentinelle uniquement), recherchez les cas avec la mention « Yes » (Oui).
- Trouvez ces cas dans le système d'enregistrement des patients de votre hôpital.
  - Utilisez le *numéro de dossier médical* du **rapport de données au niveau des patients** comme identifiant de cas.

### Cas avec des diagnostics autres qu'un diagnostic sentinelle

Lors de l'inclusion de cas supplémentaires dans la vérification :

- Dans le **rapport de données au niveau des patients**, dans la colonne intitulée « ED Return within 7 Days, sentinel diagnosis only, », recherchez les cas avec « No » (Non); ces cas devraient correspondre à la définition des visites répétitives dans les 72 heures, toutes causes confondues.



#### COLONNES A, B ET C

*Colonne A : No de cas*

Numéroter chaque cas

*Colonne B : Sentinelle ou non sentinelle*

Pour chaque cas, sélectionnez « Sentinelle » ou « Non sentinelle » dans la liste d'options déroulante.

- *Sentinelle*, si un cas est identifié comme répondant à la définition d'une visite répétitive impliquant un diagnostic sentinelle
- *Non sentinelle*, lorsque le cas répond à la définition d'une visite répétitive dans les 72 heures, toutes causes confondues.

	▼
Sentinelle	
Non sentinelle	

### Colonne C : Diagnostic sentinelle

Sélectionnez 1 des 3 diagnostics sentinelles dans la liste déroulante :

- *Infarctus aigu du myocarde*
- *Hémorragie sous-arachnoïdienne*
- *Sepsies pédiatriques*

Laissez la cellule vide si le cas implique un diagnostic autre qu'un diagnostic sentinelle.

## 2. Décrire les visites



Veillez vous assurer qu'aucune information personnelle sur la santé ne figure dans la feuille de calcul de la vérification.

- Résumez chaque cas après avoir examiné le dossier de traitement du service des urgences.
  - Reportez-vous à l'exemple de cas hypothétique en haut du modèle pour connaître l'étendue des informations à inclure; le code de diagnostic seul, un seul mot comme diagnostic ou un texte tel que « cas examiné » sont insuffisants.

Environ 80 % des visites répétitives avec un diagnostic sentinelle signalé dans les rapports de données concernent le même site hospitalier; par conséquent, pour la majorité des cas figurant dans les rapports de données, il est possible d'accéder aux informations relatives à la deuxième visite. Pour obtenir plus d'informations ou accéder au dossier médical d'une visite répétitive dans un autre hôpital, il faut communiquer avec le patient ou son représentant afin d'obtenir les informations directement auprès de lui ou d'obtenir son consentement pour contacter l'autre hôpital.

Si vous contactez des patients, consultez d'abord votre chef de service qui vous aidera à coordonner avec le service des relations avec les patients, afin de veiller à ce que la démarche soit effectuée avec tact.



### COLONNES D ET E

#### Colonne D : Résumé de la visite 1

Pour chaque cas, veuillez saisir un texte qui résume brièvement ce qui s'est passé lors de la visite de référence (symptômes, examens demandés, plan de sortie, etc.).

#### Colonne E : Résumé de la visite 2

Pour chaque cas, veuillez saisir un texte qui résume brièvement ce qui s'est passé lors de la visite répétitive (symptômes, tests demandés, plan de sortie, etc.).

### 3. Éliminer les cas qui ne répondent pas aux critères.

La plupart des cas non admissibles auront été écartés lors du processus de génération du rapport de données et ne figureront pas dans les rapports de données, mais certains peuvent encore être présents.

Remarque : Il n'est pas nécessaire d'exclure les cas où la deuxième visite a eu lieu dans un autre hôpital, car l'analyse est axée sur la première visite. Ces cas peuvent tout de même refléter des problèmes de qualité sous-jacents qui justifient un examen plus approfondi.

#### Cas avec diagnostics sentinelles

- Appliquer les critères généraux d'exclusion (Annexe A) et les spécifications techniques [Annexe B] pour éliminer les cas impliquant des diagnostics sentinelles qui ne se prêtent pas à une analyse) à l'aide du **rapport de données au niveau des patients** et du dossier du traitement. Presque tous les cas avec des diagnostics sentinelles seront appropriés pour une vérification, car les diagnostics de la visite de référence et de la visite répétitive ont été appariés.

#### Cas avec des diagnostics autres que le diagnostic sentinelle (autres)

Lors de l'inclusion de cas supplémentaires :

- Appliquer les critères généraux d'exclusion (Annexe A) pour éliminer les cas qui ne se prêtent pas à une analyse à l'aide du **rapport de données au niveau des patients** et du dossier du traitement.



#### COLONNE F

##### *Colonne F : Résultat du dépistage*

Sélectionnez « Une analyse plus poussée doit être effectuée » ou « Aucune analyse plus poussée ne doit être effectuée » dans le menu déroulant :

- *Une analyse plus poussée doit être effectuée* si un cas n'est pas écarté et est approprié pour une vérification ultérieure.
- *Aucune analyse plus poussée ne doit être effectuée*, si un cas n'est pas adapté à l'analyse (c'est-à-dire qu'il ne répond pas aux critères définis ou qu'il répond aux critères d'exclusion); **aucun champ supplémentaire dans la feuille de calcul ne doit être rempli pour ces cas.**

Une analyse plus poussée doit être effectuée	
Aucune analyse plus poussée ne doit être effectuée	

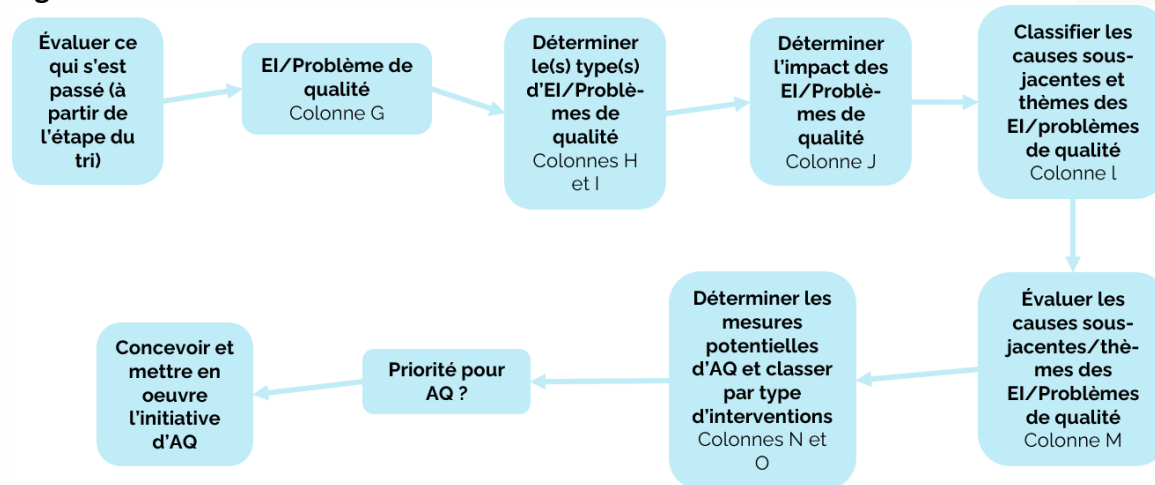
Les colonnes A à F représentent le processus de sélection. Seuls les cas pour lesquels une analyse plus approfondie est requise et réalisée sont pris en compte dans les exigences de la vérification (c'est-à-dire le nombre minimum de cas spécifié).



# Vérification

Au cours de la vérification, les résultats du processus de sélection, les dossiers médicaux et le jugement clinique sont utilisés pour identifier et classer les événements indésirables ou les problèmes de qualité par type et par incidence, afin de découvrir les causes sous-jacentes et d'élaborer des mesures susceptibles d'améliorer la qualité (Figure 2).

Figure 2. Processus d'examen des cas.



Abréviations : AQ, amélioration de la qualité; EI, événement indésirable.

## 1. Identifier un événement indésirable ou un problème de qualité en tant que facteur

Les événements indésirables ou les problèmes de qualité sont des résultats négatifs liés aux soins reçus au cours d'une visite. L'analyse doit être axée sur la première visite, car c'est à ce moment-là que les événements indésirables et les problèmes de qualité sont le plus susceptibles de se produire.

- Examiner les résumés des visites et des dossiers médicaux et, si possible, impliquer l'équipe clinique qui a fourni les soins lors de la visite initiale :
  - Utilisez votre jugement clinique pour déterminer si des événements indésirables ou des problèmes de qualité ont joué un rôle (c'est-à-dire, considérez si le résultat pour ce patient aurait pu être différent s'il avait reçu des soins différents lors de la visite initiale)



## COLONNE G

### Colonne G : Effets indésirables / Problèmes de qualité

Sélectionnez « Événement(s) indésirable(s) / Problème(s) de qualité cerné(s) » ou « Aucun événement indésirable/problème de qualité cerné » dans le menu déroulant :

- *Événement(s) indésirable(s) / Problème(s) de qualité cerné(s)*, si des événements indésirables ou des problèmes de qualité sont susceptibles d'être des facteurs contributifs.
- *Aucun événement indésirable/problème de qualité cerné*, si les événements indésirables ou les problèmes de qualité ne sont pas susceptibles d'être des facteurs contributifs (par exemple, si une visite répétitive est due à l'évolution naturelle de la maladie); **aucun champ supplémentaire dans le tableau ne doit être rempli pour ces cas.**

Événement(s) indésirable(s) / Problème(s) de qualité cerné(s)  
Aucun événement indésirable/problème de qualité cerné

## 2. Classer les événements indésirables et les problèmes de qualité

### Classer le type

- Classer chaque événement indésirable ou problème de qualité en vous référant aux définitions dans le Tableau 1:

**Tableau 1. Problèmes de qualité et leurs définitions.**

Type	Définition
<b>Diagnostic</b>	Ne pas agir en présence de signes, symptômes, résultats de tests de laboratoire ou d'imagerie et omettre de demander que l'on procède à un test diagnostique.
<b>Problème de gestion</b>	Plan de gestion sous-optimal malgré la présence d'un diagnostic exact ou basé sur un diagnostic inexact.
<b>Réaction indésirable à un médicament</b>	Se produit quand un patient ressent un symptôme lié à la prise d'un médicament, que ce médicament ait été prescrit et pris de manière appropriée ou non.
<b>Complication suivant une procédure</b>	Se produit quand un patient ressent des effets indésirables suite à une procédure.
<b>Suivi de sortie d'hôpital sous-optimal</b>	Problèmes dans le cadre d'un suivi qui ont entraîné le développement de nouveaux symptômes ou la prolongation d'anciens symptômes. Ceci peut être dû à un problème de disponibilité en matière de rendez-vous de suivi ou à un suivi inapproprié.
<b>Décision de renvoyer un patient chez lui non sécuritaire</b>	Quand un patient court un risque indu de décéder ou d'être victime d'une invalidité grave après avoir été renvoyé chez lui.
<b>Accès/service non disponible</b>	Quand un service (par exemple le service des échographies) n'est pas disponible au moment voulu

Adapté de Calder et coll.<sup>2</sup>

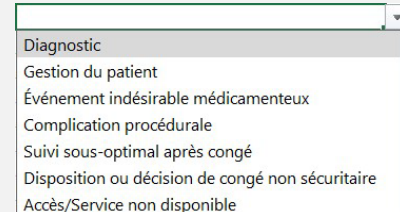


## COLONNES H ET I

### Colonne H : Types d'effets indésirables / Problèmes de qualité – Intervention primaire

Si « Événement(s) indésirable(s) / Problème(s) de qualité cerné(s) » a été sélectionné pour la cellule correspondante de la colonne G, cette réponse est obligatoire. Sélectionnez 1 type parmi les options du menu déroulant :

- *Diagnostic*
- *Problème de gestion*
- *Réaction indésirable à un médicament*
- *Complication suivant une procédure*
- *Suivi de sortie d'hôpital sous-optimal*
- *Décision de renvoyer un patient chez lui non sécuritaire*
- *Accès/service non disponible*



Si aucune réponse ne semble convenir, entrez du texte directement dans la cellule pour décrire un type qui, selon vous, résume mieux le problème.

### Colonne I : T Types d'effets indésirables / Problèmes de qualité – Intervention secondaire

Cette réponse est facultative. Parfois, plus d'un type de problème de qualité peut contribuer à une visite répétitive. Le cas échéant, sélectionnez 1 type de problème de qualité dans les options proposées dans la liste déroulante ou entrez du texte directement dans la cellule pour décrire un événement indésirable secondaire ou un type de problème de qualité.

## Classer l'impact ou la gravité du préjudice

- Déterminez la gravité du préjudice causé par les événements indésirables ou les problèmes de qualité en vous référant aux Tableau 2 :

**Tableau 2. Définitions de la gravité du préjudice.**

Gravité	Définition
<b>Aucun</b>	Le patient n'a pas de symptômes ou aucun symptôme n'a été détecté et il ne requiert aucun traitement.
<b>Léger</b>	Le patient ressent des symptômes, les symptômes sont légers, la perte de fonctions et les dommages sont minimes ou moyens, mais de courte durée et aucune intervention n'est nécessaire (ou une intervention minimale seulement, comme par exemple une période d'observation supplémentaire, un examen ou un traitement mineur).
<b>Modéré</b>	Le patient ressent des symptômes et requiert une intervention (par ex. une opération supplémentaire ou un traitement) et doit rester plus longtemps à l'hôpital ou souffre de dommages ou de pertes de fonctions à long-terme.
<b>Grave</b>	Le patient ressent des symptômes et requiert une intervention vitale ou une opération/intervention médicale majeure, son espérance de vie est réduite ou l'événement a causé une perte de fonctions ou des dommages permanents ou à long-terme.
<b>Décès</b>	Selon la prépondérance des probabilités, le décès a été causé ou promu par l'incident.
<b>Indéterminée</b>	Impossible à déterminer.

Source : Organisation mondiale de la santé <sup>7</sup>



## COLONNE J

Colonne J : Incidence (gravité des préjudices)

Sélectionnez parmi les options du menu déroulant :

- *Aucun*
- *Léger*
- *Modéré*
- *Grave*
- *Décès*
- *Indéterminée*

Aucune
Légère
Modérée
Grave
Décès
Indéterminée

### 3. Évaluer les causes et identifier les mesures d'amélioration

Les causes sous-jacentes sont définies comme les facteurs les plus profonds, mais encore potentiellement modifiables, qui contribuent à un événement indésirable ou à un problème de qualité.<sup>8</sup> L'analyse de ces causes peut révéler des possibilités d'amélioration pour lesquelles des projets réalisables peuvent être conçus.<sup>8</sup> N'oubliez pas que ces évaluations doivent être exemptes de tout reproche et promouvoir une culture juste, car l'objectif de ce programme est l'amélioration systémique et l'apprentissage.

#### Identifier et évaluer les causes

Les questions d'orientation du [Cadre canadien d'analyse des incidents](#) (p. 89 à 91)<sup>11</sup> peuvent être utilisées pour découvrir les causes sous-jacentes.

- Consultez l'équipe responsable du traitement du patient pour cette partie de la vérification. Bien qu'il puisse être difficile pour les gens de se souvenir d'un cas survenu plusieurs mois auparavant, il est important qu'ils essaient de comprendre leur processus de pensée et l'environnement qui existaient lors de la visite initiale afin de comprendre pourquoi des actions qui semblent inappropriées rétrospectivement étaient logiques à l'époque<sup>9</sup>.
- Lorsque cela est approprié, envisagez également d'impliquer les patients et leurs familles dans l'analyse. Avant de procéder, communiquez d'abord avec votre chef de service pour qu'il vous aide à coordonner avec le service des relations avec les patients afin de vous assurer que cette démarche soit effectuée avec tact<sup>10</sup>.

Évaluez les causes et déterminez quels thèmes sont présents dans le cas en question (voir Annexe C ou la feuille de travail intitulée « Thème » dans le modèle).



## COLONNES K, L ET M

### *Colonne K : Causes sous-jacentes*

- Pour chaque cas, saisissez un texte résumant brièvement la cause sous-jacente

### *Colonne L : Thème – Intervention primaire*

Cette réponse est requise.

- *Profil de risque / facteurs du patient*
- *Soins aux aînés*
- *Départ contre l'avis du médecin (CAM) ou départ sans consultation*
- *Documentation*
- *Défaillances cognitives du médecin*
- *Médicaments à haut risque ou interactions médicamenteuses*
- *Signes vitaux anormaux ou non documentés*
- *Transferts / communication entre fournisseurs*
- *Radiologie*
- *Disponibilité de l'imagerie et des tests*
- *Planification du congé / suivi communautaire*

Si aucun des éléments énumérés ne semble correspondre, tapez « Autre » dans cette cellule.

### *Colonne M : Thème – Intervention secondaire*

Cette réponse est facultative. Parfois, plus d'une cause sous-jacente (ou thème) peut contribuer à une visite répétitive. Si applicable, sélectionnez 1 thème parmi les options du menu déroulant ou tapez « Autre » dans cette cellule.

## Établir un ordre de priorité

Une intervention n'est pas nécessaire pour chaque événement indésirable et problème de qualité découvert. Tous les problèmes de qualité ne peuvent pas être résolus en une seule fois et certains doivent être surveillés pour détecter des tendances. Les hôpitaux n'ont souvent pas les ressources nécessaires pour traiter toutes les causes sous-jacentes de chaque problème de qualité évitable; il est donc recommandé aux hôpitaux de donner la priorité à quelques causes sous-jacentes. Les hôpitaux peuvent souhaiter établir un ordre de priorité en privilégiant les causes sous-jacentes qui sont communes à plusieurs événements indésirables ou problèmes de qualité, qui sont associées aux préjudices les plus importants ou qui sont en adéquation avec d'autres priorités stratégiques. Un guide utile peut être trouvé dans le [Cadre canadien d'analyse des incidents](#) (pp 58 à 60) <sup>11</sup>.

- Travaillez avec le PDG, le Comité de la qualité du conseil d'administration et le Conseil consultatif médical (ou tout autre comité approprié) lors de la priorisation des causes sous-jacentes afin de vous assurer que les actions choisies pour améliorer la qualité sont conformes à la stratégie globale de l'hôpital.

## Résumer les mesures qui pourraient être prises

L'objectif de cette section est d'identifier les changements qui sont réalisables, gérables et qui peuvent être surveillés en vue d'objectifs futurs.

- Consultez les ressources sur la façon de concevoir et de mettre en œuvre une initiative d'amélioration de la qualité (par exemple, [QI Essentials](#)).
- Concentrez-vous sur l'identification des actions SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Temporelles)<sup>12</sup> à entreprendre; évitez les conclusions vagues telles que « nous devrions faire plus d'efforts la prochaine fois », qui ne sont pas susceptibles d'entraîner des changements<sup>10,11</sup>.
- Classifiez les interventions (Tableau 3) et déterminez s'il est possible de cibler les interventions qui sont classées comme étant plus efficaces, en fonction de la hiérarchie de l'efficacité<sup>13</sup>

**Tableau 3. Types et descriptions d'intervention.**

Type	Description
Fonctions de forçage	Limite la capacité d'une personne à s'écarter d'un processus prescrit. <i>Par exemple, le fait d'exiger qu'un dépistage de la septicémie soit effectué avant que le système ne permette de marquer le processus de triage comme étant terminé.</i>
Automatisation et informatisation	Traite le problème de la faillibilité humaine (par exemple, la dépendance à l'égard de notre mémoire) pour les tâches simples, routinières et/ou répétitives. <i>Par exemple, une invitation visuelle sur le tableau de suivi électronique des patients</i>
Simplification et normalisation	Réduit la variabilité et simplifie les étapes complexes en les regroupant en une seule décision ou action. <i>Par exemple, un ensemble de modèles d'ordonnances pour les patients atteints de septicémie.</i>
Rappels, listes de vérification et doubles vérifications	Augmente la redondance et inclut des méthodes pour rappeler aux cliniciens d'effectuer certaines actions. <i>Par exemple, des affiches bien visibles dans le salon des médecins qui disent « Avez-vous prescrit des antibiotiques dans les 3 heures pour la septicémie? »</i>
Règles et politiques	Résoudre des problèmes complexes au niveau organisationnel <i>Par exemple, mettre en œuvre une directive qui stipule que les infirmières doivent prélever des échantillons de sang pour le panel de septicémie, commencer une perfusion intraveineuse de solution saline normale et administrer de l'acétaminophène avant l'évaluation du médecin pour tous les patients qui répondent aux critères de septicémie.</i>
Éducation et formation	Un élément essentiel d'une initiative de changement global <i>Par exemple, les rondes des médecins, les réunions des infirmières, les courriels mensuels.</i>

Traduction adaptée de : Chartier et coll.<sup>14</sup>



## Colonnes N, O et P

Laissez les cellules vides pour tous les cas où vous n'élaborerez pas de mesures d'amélioration.

*Colonne N : Interventions d'amélioration de la qualité potentielles*

Saisissez un texte décrivant (avec vos propres mots) les mesures possibles.

*Colonne O : Type d'intervention – Intervention primaire*

Sélectionnez 1 type parmi les options du menu déroulant :

- *Fonctions de forçage*
- *Automatisation et informatisation*
- *Simplification et normalisation*
- *Rappels, listes de vérification et doubles vérifications*
- *Règles et politiques*
- *Éducation et formation*

	▼
Fonctions de forçage	
Automatisation et informatisation	
Simplification et normalisation	
Rappels, listes de vérification et doubles vérifications	
Règles et politiques	
Éducation et formation	

*Colonne P : Type d'intervention – Intervention secondaire*

Cette réponse est facultative. Si applicable, sélectionnez 1 type parmi les options du menu déroulant.

# Références

1. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). Livre blanc de la série Innovation de IHI. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement; 2009 [citée en mars 2016]. Extrait de : <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>
2. Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, Cwinn A, Forster A. Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Qual Saf.* 2015;24 :142–8.
3. Vermeulen MJ, Schull MJ. Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. *Stroke.* 2007;38 :1216–21.
4. Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume. *Ann Emerg Med.* 2006;48(6) :647– 55.
5. Vaillancourt S, Guttman A, Li Q, Chan IYM, Vermeulen MJ, Schull MJ. Repeated emergency department visits among children admitted with meningitis or septicemia : A population-based study. *Ann Emerg Med.* 2014;65(6) :625–32.
6. Easter JS, Bachur R. Physicians' assessment of pediatric returns to the Emergency Department. *J Emerg Med.* 2013;44(3) :682-688.
7. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1. Final Technical Report January 2009.
8. Dekker SWA. Chapter 12 : Reporting and Investigating Events. In : Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors, *Patient Safety in Emergency Medicine*. 2009. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
9. Cosby KS. Chapter 9 : Developing Taxonomies for Adverse Events in Emergency Medicine. In : Croskerry P, Cosby KS, Schenkel SM, Wears RL, editors. *Patient Safety in Emergency Medicine*. Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
10. Calder L, Kwok E, Cwinn A, Frank J, Worthington J. The Ottawa M&M Model : A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality. 30 août 2012. Extrait de : [www.emottawa.ca/assets\\_secure/MM\\_Rounds/CalderMM-Rounds-Guide-2012.pdf](http://www.emottawa.ca/assets_secure/MM_Rounds/CalderMM-Rounds-Guide-2012.pdf)
11. Canadian Patient Safety Institute. Canadian Incident Analysis Framework. 2012 [cité en mars 2016]. Disponible sur : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF>
12. Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write management objectives. *Manage Rev.* 1981;71(11, AMA Forum);35-36.
13. Cafazzo JA, St-Cyr O. From discovery to design : The evolution of human factors in healthcare. *Healthcare Quarterly.* 2012;15(Special Issue), 24-29.
14. Chartier L, Stang A, Vaillancourt S, Cheng A. Quality improvement primer part 2 : executing a quality improvement project in the emergency department. *CJEM.* 2018;20(4) : 532–8.



# Annexe

## Annexe A : Critères généraux d'exclusion

- Les cas pour lesquels
  - Le dossier du patient ne peut pas être localisé
  - La visite ultérieure est clairement sans lien avec la première visite
  - La visite ultérieure était un rapatriement
  - La visite suivante était un transfert entre sites d'urgence
  - La visite ultérieure au service des urgences a été planifiée (SNISA *Indicateur de visite au service d'urgence* = 0); une visite planifiée est une visite pour laquelle la date et l'heure de la visite sont fixées, et le rendez-vous est enregistré dans un système de planification manuel ou électronique

## Annexe B : Caractéristiques techniques pour les diagnostics sentinelles.

Visite de suivi (élément de données <sup>a,b</sup> de la BDCP et critères [condition avec codes de diagnostic CIM-10-CA ou valeurs variables])	Index de visite (élément de données <sup>b</sup> du SNISA et critères [condition avec codes de diagnostic CIM-10-CA ou valeurs variables])
<b>Infarctus aigu du myocarde</b>	
<p><i>Code du diagnostic principal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infarctus aigu du myocarde (I21.0 à I21.9)</li> </ul> <p><i>Âge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 à 95 ans</li> </ul> <p><b>Exclut les patients portant le Code du diagnostic principal = I21.0 à I21.9 [infarctus aigu du myocarde] qui ont été traités pendant l'année précédente.</b></p>	<p><i>Problème principal</i></p> <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)</li> <li>• Brûlures d'estomac, oesophagite, ou gastrite (R12, R13, K20, K21, K22.9, K23.8, K29, ou K30)</li> <li>• Syncope/malaise (R42, R53, ou R55)</li> </ul>
<b>Hémorragie sous-arachnoïdienne</b>	
<p><i>Code du diagnostic principal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique (I60.0 à I60.9)</li> </ul> <p><i>Âge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 18 ans</li> </ul> <p><b>Exclut les patients portant le Code du diagnostic principal = I60.0 à I60.9 [hémorragie sous-arachnoïdienne non traumatique] ou I67.1 [anévrisme cérébral] pendant l'année précédente.</b></p>	<p><i>Problème principal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Migraines/céphalée (F454, G430 à G439, G440 à G442, G448, R51)</li> <li>• Douleur cervicale (M436, M4642, M4782, M4792, M4802, M501 à M509, M530, M531, M542, S1340 à S1342, S1348, S136, S168)</li> <li>• Hypertension (I100 ou I101)</li> <li>• Sinusite (J010 à J019, J320 à J329)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire (G450, G459, I64, I674)</li> <li>• Méningite (A870 à A879, G000 à G009, G01, G020 à G028, G030 à G039, G042)</li> <li>• Syncope et collapsus (R55)</li> <li>• Artérite temporale (M315 ou M316)</li> </ul>

Visite de suivi (élément de données <sup>a,b</sup> de la BDCP et critères [condition avec codes de diagnostic CIM-10-CA ou valeurs variables])	Index de visite (élément de données <sup>b</sup> du SNISA et critères [condition avec codes de diagnostic CIM-10-CA ou valeurs variables])
<b>Sepsies pédiatriques</b>	
<p><i>Total Length of Stay</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 4 jours</li> </ul> <p><b>ou</b></p> <p><i>État à la sortie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décédé (07, 72, 73 ou 74) avec <i>Code du diagnostic principal</i> : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Méningite (A390, G000, G001, G002, G003, G008, G009, G01, G030, G039, A870, A871, A878, A879, B003, B010, B021, B051, B261, B375, G020)</li> <li>○ Septicémie/sepsie (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> </li> </ul> <p><b>ou</b></p> <p><i>Numéro de l'USS</i> (la code qui indique l'unité de soins spéciaux)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas 90, 93, 95 ou 99</li> <li>• Avec admission directe aux SU (dans les 30 minutes suivant l'admission)</li> </ul> <p><i>Âge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 jours à 5 ans</li> </ul> <p><b>Exclut les patients avec congés de patients hospitalisés en services de soins aigus antérieurs dans les 14 jours précédents (peu importe le diagnostic).</b></p>	<p><i>Problème principal</i></p> <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 (J05)</li> <li>• Autres troubles intestinaux fonctionnels (K59)</li> <li>• Douleur dorsale (M54)</li> <li>• Infection virale, non spécifiée (B34.9)</li> </ul>

Abréviations : BDCP, Base de données sur les congés des patients; CIM-10-CA, *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes*, dixième révision Canada; USI, unité de soins intensifs; SNISA, Système national d'information sur les soins ambulatoires.

<sup>a</sup>Résumés des patients hospitalisés en services de soins aigus.

<sup>b</sup>Les éléments de données de la Base de données sur les congés des patients et du Système national d'information sur les soins ambulatoires sont en italique.

## Annexe C : Thèmes

Thème	Description	Exemple
<b>Profil de risque / facteurs du patient</b>	Non-prise en compte de facteurs de risque élevé du patient (ex. : âge, comorbidités, statut psychosocial) dans la détermination du processus d'évaluation et de prise en charge.	Patient âgé de 40 jours, pleurs inconsolables et irritabilité, aucune évaluation d'un possible sepsis. Diagnostic lors d'une visite répétitive à un autre hôpital d'une méningite à E. coli.
<b>Soins aux aînés</b>	Échec de prise en considération des tableaux cliniques et des besoins caractéristiques des patients âgés.	Patient de 81 ans vivant en maison de soins infirmiers; a subi une chute sans témoin ayant causé une fracture de la patella; traitement conservateur par pose d'une attelle de Zimmer; retour à la maison de soins infirmiers après le congé. De retour le lendemain, présente une confusion. Hématome sous-dural observé par tomодensitométrie, dû à la chute initiale. Patient hospitalisé pour surveillance.
<b>Départ contre l'avis du médecin (CAM) ou départ sans consultation</b>	Patients ayant quitté contre l'avis du médecin ou sans consultation préalable	Patient de 37 ans s'étant présenté à l'urgence. Départ sans consultation après 4 heures : a quitté en raison du temps d'attente trop long. Aucun triage subséquent. Retour avec méningite; hospitalisation au service de soins intensifs.
<b>Documentation</b>	Documentation non idéale, qui pourrait avoir contribué à la visite répétitive du patient.	La troponine positive n'a pas été consignée dans le dossier du patient, et il est impossible de déterminer si le médecin avait pris connaissance du résultat; le patient a été hospitalisé à son retour 5 heures plus tard.
<b>Défaillances cognitives du médecin</b>	Manque d'information ou échec d'intervention en présence de signes et symptômes.	Patient immunodéprimé présentant des douleurs abdominales après une récente perforation intestinale. Le médecin n'a pas envisagé la possibilité d'un abcès intra-abdominal et n'a effectué qu'une radiographie simple de l'abdomen.
<b>Médicaments à haut risque ou interactions médicamenteuses</b>	Échec de prise en considération des médicaments à haut risque dans l'évaluation et la prise en charge.	Prescription de Xarelto à un patient au taux de créatinine élevé (une contre-indication pour ce médicament).
<b>Signes vitaux anormaux ou non documentés</b>	Non-justification de signes vitaux anormaux ou de l'absence d'évaluation régulière des signes vitaux durant le séjour à l'urgence et/ou avant le congé.	Patient atteint de fibrillation auriculaire chronique, fréquence cardiaque de 126 au triage (aucune autre consignation ni revérification durant la visite), légers étourdissements et infection des voies respiratoires supérieures. Au moment du congé, le patient planifiait consulter son médecin de famille après la fin de semaine prolongée. Il a eu un épisode de syncope au domicile (fréquence de 155 à la deuxième visite) et a subi une blessure à la tête nécessitant une hospitalisation.
<b>Transferts / communication entre fournisseurs</b>	Communication non idéale, particulièrement durant les transferts ou entre médecins et infirmiers.	Documentation du personnel infirmier : le patient décrit la céphalée comme la pire de sa vie. Documentation du médecin : le patient a eu des céphalées d'intensité similaire par le passé.
<b>Radiologie</b>	Absence de diagnostic correct par l'urgentiste, de communication avec le radiologiste ou d'indication appropriée des divergences en temps opportun.	Le patient se présente à l'urgence avec des douleurs abdominales au quadrant inférieur gauche; tomодensitométrie de l'abdomen pour exclure la possibilité d'une diverticulite. La lecture initiale en radiologie était négative. À son congé, le patient a reçu un diagnostic de douleurs abdominales sans diagnostic définitif. Le patient est rappelé à l'urgence le lendemain après une réinterprétation du tomодensitogramme ayant révélé un volvulus du sigmoïde. Le patient a été admis en chirurgie et a subi une colostomie pour traiter le volvulus.
<b>Disponibilité de l'imagerie et des tests</b>	Disponibilité des examens d'imagerie ou d'autres tests dans des délais raisonnables (hors des heures normales).	Patient s'étant présenté en soirée avec douleurs abdominales dans le quadrant inférieur droit; rappelé le lendemain pour une échographie; diagnostic subséquent d'appendicite.
<b>Planification du congé / suivi communautaire</b>	Absence d'évaluation du fonctionnement de base, de la capacité à gérer la situation et des systèmes de soutien avant le congé de l'urgence, de même que de l'accès aux soins de suivi dans la communauté.	Patient se plaignant de douleurs thoraciques ayant reçu un congé avec suivi en cardiologie, mais le cardiologue n'était pas disponible les 2 mois suivants.

Au cours de la première année de ce programme, Qualité des services de santé Ontario (qui fait maintenant partie de Santé Ontario) et une équipe de cliniciens ont analysé toutes les vérifications au cours desquelles des événements indésirables ou des problèmes de qualité ont été relevés. Onze thèmes ont été identifiés au cours de cette analyse. Pour en apprendre davantage sur ces thèmes et sur la manière dont ils ont été identifiés, lisez les [Résultats de la première année](#) (section 3).

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

ISBN 978-1-4868-8550-3 (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024