

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

Le programme en un coup d'œil

Contexte

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

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

Dans le cadre du programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences, les hôpitaux examineront les données sur les consultations répétitives à leurs SU, effectueront des vérifications visant à déterminer les causes sous-jacentes de ces consultations répétitives et prendront des mesures pour s'attaquer à ces causes sous-jacentes.

L'objectif du programme est de promouvoir une culture d'amélioration continue de la qualité dans les SU et de réduire les mauvais diagnostics et d'autres facteurs qui augmentent le risque de consultations répétitives.

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

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

Le fait de retourner au service des urgences après une première consultation est un événement de la vie qui est important pour les patients et qui peut représenter un écart dans la qualité des soins qui leur sont prodigués¹. Ces consultations 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 consultations répétitives sont évitables, parce qu'elles sont liées à la qualité

des soins prodigués lors de la première consultation^{2, 4-6}. Ces consultations répétitives évitables peuvent être attribuables à des événements indésirables ou à d'autres problèmes de qualité.

Du point de vue du système de santé, les consultations répétitives évitables au service des urgences sont importantes parce qu'elles peuvent donner lieu à une augmentation du temps d'attente et à des dépenses en soins de santé inutiles, et, plus important encore, pourraient indiquer un préjudice évitable. Le fait de cerner les facteurs associés aux consultations répétitives et de tenter de les régler contribuera à améliorer les résultats cliniques, accroîtra la satisfaction des patients et fera la promotion de soins de valeur supérieure^{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 consultations répétitives aux SU, à mener des enquêtes sur celles-ci et à prendre les mesures nécessaires afin de s'attaquer à ces causes et de prévenir les consultations répétitives et les préjudices à l'avenir.

Il est important de noter que le financement *ne sera pas* lié à l'augmentation du nombre total de consultations répétitives pour les hôpitaux qui participent au programme FAR. Les efforts ne sont pas axés sur la réduction des consultations répétitives, parce que cela peut donner lieu à des conséquences non souhaitées, par exemple, une augmentation des admissions, des examens qui ne sont pas nécessaires, etc. Ils sont plutôt axés sur le processus de vérification des consultations répétitives afin de cerner les possibilités d'amélioration de la qualité.

Qui participe au programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences?

On remettra à tous les hôpitaux participant à l'initiative ambulatoire nationale pour les salles des urgences (IANSU)¹ des rapports trimestriels de données sur les deux indicateurs de qualité des SU et ils seront encouragés à participer au programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences; toutefois, la participation est obligatoire uniquement pour les hôpitaux participant au programme FAR.

Bien que la participation au programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences sera une condition du programme FAR à partir de l'exercice 2016-2017, les fonds *ne seront pas* liés au rendement de ces indicateurs.

Le soutien apporté à ce programme est un effort de collaboration. Accès aux soins fournira aux hôpitaux les rapports trimestriels de données sur les deux indicateurs de qualité liés aux SU. QSSO formulera des conseils sur la façon dont les hôpitaux peuvent mener des vérifications et tirer parti des consultations répétitives, et analysera les soumissions des principales leçons à partager entre les hôpitaux. Les responsables de la médecine d'urgence des RLSS peuvent fournir le leadership clinique aux hôpitaux pour soutenir l'examen des consultations répétitives.

Quels sont les indicateurs mesurés?

Les deux indicateurs liés de la qualité sont les suivants :

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

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

* Les diagnostics pertinents de la consultation initiale 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). Les spécifications techniques complètes, y compris une liste de diagnostics pertinents et les codes associés de la *Classification internationale des maladies – 10^e révision* (CIM-10), seront incluses dans les documents d'orientation complets qui seront publiés pas Accès aux soins.

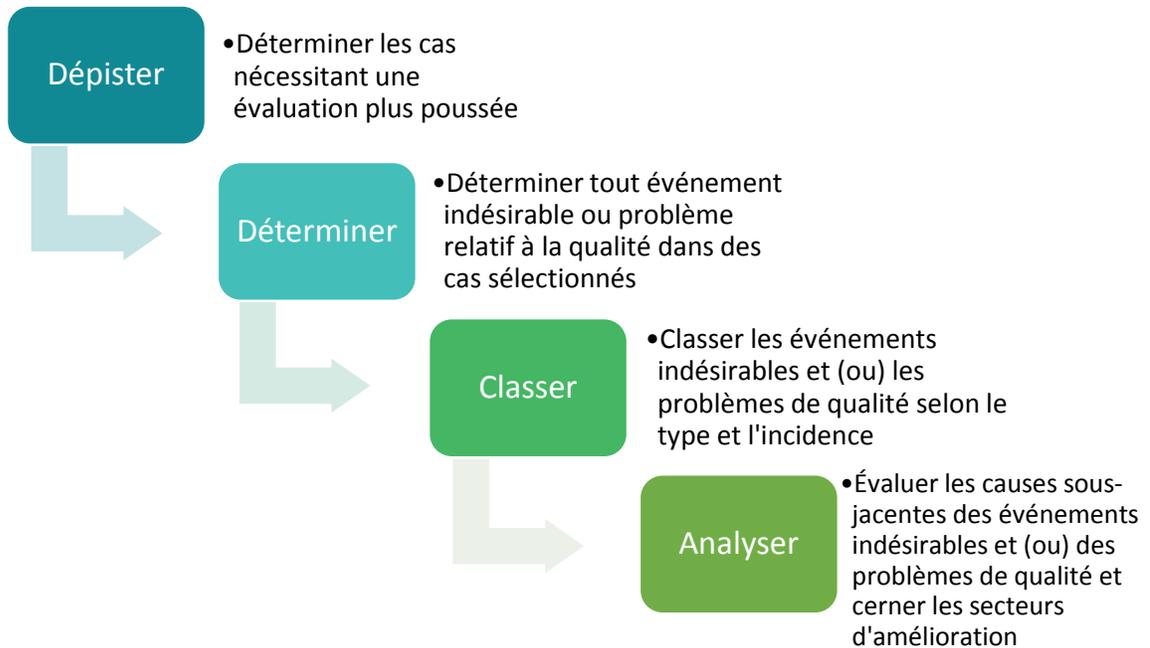
Les définitions particulières de ces deux indicateurs utilisés dans le cadre de ce programme ont été sélectionnées à la suite d'un examen des documents et en fonction de facteurs tels que la disponibilité et l'application de données dans un large spectre de cas et de SU¹⁰⁻¹².

Comment pourrai-je accéder aux rapports sur ces indicateurs?

Un rapport regroupé relatif à l'établissement et un rapport relatif aux patients seront accessibles. Le rapport regroupé relatif à l'établissement sera envoyé à tous les hôpitaux de l'IANSU. Cependant, le rapport relatif aux patients contiendra des données relatives aux patients et ne sera accessible que pour les utilisateurs autorisés de l'outil iPort Access^{MC}.

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 coll⁹. Ce qui suit est un aperçu du processus :



En avril 2016, QSSO distribuera un modèle de vérification qui comprend plus de détails.

Combien de vérifications doit-on mener?

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

Les cas seront répartis comme suit :

Vérifications pour 2016 (1^{re} année)



Vérifications pour 2017 et les années suivantes (2^e année et au-delà)



Que dois-je soumettre à QSSO?

Vous devrez soumettre un modèle de vérification que vous aurez rempli et qui comprend le nombre de vérifications exigé pour cette année, ainsi qu'une section narrative résumant les résultats de la vérification des dossiers et les mesures potentielles d'amélioration de la qualité.

De plus, vous devrez présenter un rapport provisoire à QSSO en septembre de la première année et en juillet de la deuxième année et des suivantes, en indiquant combien de vérifications de conformité ont été menées jusqu'à présent et si vous prévoyez que votre hôpital respectera ses exigences en matière de vérifications pour l'année.

Prochaines étapes

À quel moment le programme sera-t-il lancé?

Les rapports sur le rendement de chaque hôpital pour les deux indicateurs seront accessibles tous les trimestres à compter du 1^{er} avril 2016. Les résultats de la vérification pour la 1^{re} année devront parvenir à QSSO au plus tard le 31 janvier 2017. Veuillez consulter l'échéancier à la page 6 pour un aperçu des principales dates.

Quelles sont les mesures à prendre maintenant afin de se préparer pour le lancement du programme?

Chaque établissement hospitalier a besoin de trouver une personne-ressource pour le programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences. Cette personne-ressource sera responsable de la coordination du processus de vérification; elle recevra également toutes les communications liées au programme et sera responsable de la diffusion de ces renseignements au sein de l'organisme. **Veillez soumettre le nom et les coordonnées de cette personne-ressource à QSSO (EDQuality@hqontario.ca) au plus tard le 23 mars 2016.**

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 au rapport à l'échelle des patients, dont le premier sera diffusé le 1^{er} avril 2016. **L'autorité locale d'enregistrement (ALE) de l'outil iPort Access^{MC} de chaque établissement doit soumettre les détails des utilisateurs désignés au plus tard le 23 mars 2016 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 consultations répétitives (patients)

Corps du texte :

Veillez inclure les détails ci-dessous dans votre courriel :

- Détails relatifs à l'autorité locale d'enregistrement (ALE)
 - o Nom de l'établissement
 - o Utilisateur ALE d'iPort Access^{MC}
- Utilisateurs autorisés :
 - o Nom de l'établissement
 - o 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 iPortAccess@cancercare.on.ca.

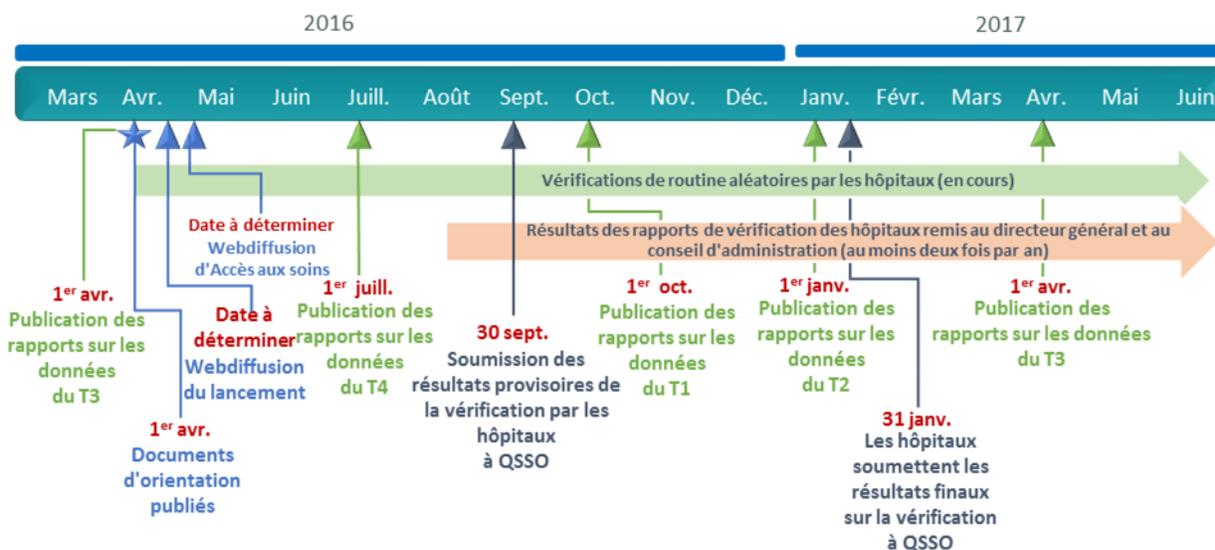
Où puis-je obtenir de plus amples renseignements?

De plus amples renseignements sur le programme seront fournis par l'intermédiaire de documents d'orientation dont la parution est prévue pour le 1^{er} avril 2016. De plus amples détails seront communiqués par l'intermédiaire de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. En outre, deux webdiffusions auront lieu en avril 2016 pour donner plus de détails au sujet du programme, offrir un forum de questions et de discussion, et expliquer comment les hôpitaux peuvent accéder à leurs données.

Avec qui dois-je communiquer si j'ai des questions?

Si vous avez des questions à propos de ce programme, veuillez communiquer avec EDQuality@hqontario.ca.

Principales dates pour le déploiement du programme de gestion de la qualité concernant les consultations répétitives aux urgences :



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*, volume 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*, volume 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*, volume 10, 2008, pp. 421 à 427.
5. KUAN, W. S. et M. Mahadevan. « Emergency unscheduled returns: can we do better? », *Singapour Medical Journal*, volume 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*, volume 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*, volume 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*, volume 6, 1988, pp. 249 à 254.
9. 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*, volume 24, 2015, pp. 142 à 148.
10. VERMEULEN, M. J. et M. J. Schull. « Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department », *Stroke*, volume 38, 2007, pp. 1216 à 1221.
11. 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*, volume 48, numéro 6, 2006, pp. 647 à 655.
12. 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*, volume 65, numéro 6, 2014, pp. 625 à 632.