



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

---

# **Informations pour les sites hospitaliers**

**Document d'orientation**

NOVEMBRE 2025

# Table des matières

<b>Objectif du présent document</b> .....	<b>4</b>
<b>Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences</b> .....	<b>5</b>
<b>Aperçu</b> .....	<b>5</b>
<b>Justification</b> .....	<b>5</b>
Visites répétitives .....	5
Torts évitables .....	5
Diagnostics sentinelles : Hémorragie sous-arachnoïdienne, infarctus du myocarde aigu, et septicémie pédiatrique .....	5
<b>Un meilleur soin est l'objectif</b> .....	<b>6</b>
<b>Résumé du processus au niveau du site</b> .....	<b>7</b>
Étapes .....	7
Cycle de rapport pour le PGQVRU .....	8
<b>Exigences</b> .....	<b>9</b>
<b>Données</b> .....	<b>10</b>
<b>Rapports de données</b> .....	<b>10</b>
Accéder aux données des visites répétitives (Portail <i>iPort Access</i> ) .....	10
Types de rapports .....	10
Source et contenu .....	11
<b>Dépistage et sélection</b> .....	<b>12</b>
<b>Critères généraux d'exclusion</b> .....	<b>12</b>
<b>Critères détaillés et considérations spécifiques au diagnostic</b> .....	<b>12</b>
Cas avec diagnostics sentinelles .....	12
Cas supplémentaires .....	14
<b>Vérification</b> .....	<b>15</b>
<b>Modèles</b> .....	<b>15</b>
<b>Processus de vérification</b> .....	<b>15</b>
<b>Rôles et responsabilités</b> .....	<b>16</b>
<b>Constatations de l'audit</b> .....	<b>17</b>
<b>Soumission</b> .....	<b>17</b>
<b>Partage des constatations</b> .....	<b>18</b>
<b>Prochaines étapes</b> .....	<b>18</b>
<b>Ressources</b> .....	<b>19</b>
<b>Références</b> .....	<b>20</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>21</b>

<b>Annexe A : Exemples d'exigences pour la soumission des audits.....</b>	<b>21</b>
Exemple 1 .....	21
Exemple 2 .....	21
Exemple 3 .....	21
Exemple 4 .....	21
<b>Annexe B : Calendriers des rapports de données .....</b>	<b>22</b>
<b>Annexe C : Questions fréquemment posées .....</b>	<b>23</b>
Les vérifications doivent-elles être menées en vertu de la <i>Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins</i> ? Les résultats de la vérification peuvent-ils faire l'objet d'une demande en vertu de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i> ? .....	23
Un comité de l'hôpital devrait-il surveiller les vérifications? .....	23
Le financement est-il lié au rendement en ce qui a trait aux taux de visites répétitives aux urgences? .....	23
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. ....	23
L'inclusion d'autres diagnostics sentinelles dans le PGQVRU sera-t-elle considérée?.....	24
<b>À propos de nous .....</b>	<b>25</b>
<b>Équité, inclusion, diversité et antiracisme.....</b>	<b>25</b>
<b>Besoins de renseignements supplémentaires? .....</b>	<b>25</b>

# Objectif du présent document



Ce document remplace :

*Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences Document d'orientation du programme (Mise à jour : novembre 2024)*

Ce guide s'adresse aux membres de l'équipe hospitalière qui participent à la coordination de l'analyse des données des visites répétitives ou à l'audit et à la soumission des résultats pour la participation de leur hôpital au Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences (PGQVRU). Ce document donne d'abord un aperçu du programme et de son objectif, puis détaille les exigences, les définitions de données et les procédures recommandées pour les sites hospitaliers.

Tout au long de ce document, des informations importantes concernant le programme, les liens vers des ressources pour obtenir des informations supplémentaires et les coordonnées ont été placées dans des zones de texte avec un arrière-plan ombragé et mises en évidence avec des icônes proéminentes.

Ce document est accompagné des documents suivants :

- Le document du PGQVRU [Comment sélectionner des cas et mener une vérification](#) des visites répétitives aux urgences, qui fournit des instructions étape par étape pour mener l'audit et utiliser le modèle d'audit.
- Le document [L'intégration des programmes](#) de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences et de plan d'amélioration de la qualité, qui fournit des instructions étape par étape pour soumettre des fichiers d'audit et narratifs au moyen de la plateforme Navigateur de PAQ.

Les versions les plus récentes de ces documents sont disponibles sur le [site web](#) du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences.

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

## Aperçu

Le Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences (PGQVRU) vise à instaurer une culture de la qualité dans les services d'urgence en Ontario.

Dans le cadre du programme, les sites hospitaliers examinent les données sur les visites aux services d'urgence, effectuent des audits sur les cas de visites répétitives où une hospitalisation avait été nécessaire, enquêtent sur les causes pouvant signaler des problèmes de qualité, explorent les opportunités d'amélioration et soumettent les conclusions annuelles à leur PDG, au Comité de la qualité du conseil d'administration et à Santé Ontario.

Santé Ontario publie un rapport sommaire sur les problèmes de qualité et les thèmes, ainsi que sur les stratégies d'amélioration identifiées et mises en œuvre dans toute la province, afin de partager les leçons apprises avec tous les hôpitaux de l'Ontario.

## Justification

### Visites répétitives

Lorsqu'un patient retourne au service des urgences et nécessite une hospitalisation après une première visite pour le même problème ou un problème connexe, cela peut représenter une lacune dans les soins de qualité.<sup>1</sup> Bien que certains retours aux urgences soient inévitables – ils se produisent pour des raisons qui ne peuvent être évitées, comme la progression naturelle de la maladie, ou sont planifiés<sup>2,3</sup> – certains retours aux urgences sont évitables<sup>2,4-6</sup> et surviennent en raison de lacunes dans la qualité des soins prodigués lors de la première visite.

### Torts évitables



Les visites répétitives évitables au service des urgences peuvent être dues à des événements indésirables ou à d'autres problèmes de qualité. Elles peuvent contribuer à alourdir le fardeau du système de santé en ce qui concerne les problèmes existants (c.-à-d. des temps d'attente prolongés et les dépenses de soins de santé inutiles) et, surtout, peuvent indiquer des torts évitables.

En identifiant et en enquêtant sur les facteurs associés aux visites répétitives aux urgences, les hôpitaux peuvent ensuite prendre des mesures pour traiter les causes évitables afin d'améliorer les résultats cliniques, d'augmenter la satisfaction des patients et de fournir des soins de grande valeur.<sup>7,8</sup>

### Diagnostiques sentinelles : Hémorragie sous-arachnoïdienne, infarctus du myocarde aigu, et septicémie pédiatrique

Le programme se concentre sur 3 conditions : l'hémorragie sous-arachnoïdienne, l'infarctus du myocarde aigu et la septicémie pédiatrique. Ces 3 conditions représentent des domaines de la médecine d'urgence où il peut y avoir des défis diagnostiques; ce sont également des conditions pour lesquelles un diagnostic différé représente un risque de moins bons résultats pour le patient.<sup>9-11</sup>

## Un meilleur soin est l'objectif

Bien que la participation au PGQVRU soit obligatoire pour les hôpitaux du Programme de financement axé sur les résultats (PFAR), il est important de noter que le nombre total de visites répétitives n'est pas utilisé comme déterminant du financement du PFAR. En fait, l'objectif de l'audit des visites répétitives n'est pas de réduire le nombre total de visites répétitives, ce qui pourrait entraîner des conséquences involontaires, telles qu'une augmentation des admissions ou des tests inutiles, mais d'identifier les cas de torts potentiellement évitables et d'améliorer les soins en abordant les problèmes de qualité qui les ont provoqués. Ainsi, l'objectif de ce programme est d'encourager l'amélioration continue et constante de la qualité qui est la base des soins d'urgence de haute qualité.



### Harmonisation avec le programme de Plan d'amélioration de la qualité

Santé Ontario a apporté plusieurs modifications pour synchroniser le PGQVRU avec le programme de plan d'amélioration de la qualité (PAQ) :

- Les présentations pour le PGQVRU sont soumises via la plateforme Navigateur de PAQ dans le cadre des soumissions des PAQ des hôpitaux.
- Les soumissions doivent être faites chaque année avant le 1er avril.

L'harmonisation entre le PGQVRU et le PAQ va au-delà de l'harmonisation des calendriers et de la consolidation des efforts pour des raisons de commodité ou d'efficacité – ils sont conçus pour créer davantage d'opportunités d'amélioration de la qualité en médecine d'urgence, car certains problèmes d'amélioration de la qualité identifiés lors des audits peuvent être mieux résolus en apportant des changements au niveau de l'organisation ou du système.

L'harmonisation du PGQVRU avec le programme PAQ permet stratégiquement de discuter des initiatives d'amélioration de la qualité en médecine d'urgence au niveau de la direction et du conseil d'administration au moment opportun – la planification annuelle de l'allocation des ressources à l'échelle de l'hôpital.

# Résumé du processus au niveau du site

## Étapes

### 1. ÉTABLIR UNE ÉQUIPE ET IDENTIFIER LES EXIGENCES

- Établir une équipe de qualité pour le site de l'hôpital et informer Santé Ontario de toute mise à jour ou changement ; veuillez envoyer un courriel à [EDQuality@OntarioHealth.ca](mailto:EDQuality@OntarioHealth.ca)
- Confirmer que le personnel approprié a accès aux données, outils et ressources nécessaires dès le début (p. ex. le portail de données *iPort Access* et les documents et modèles du PGQVRU).
- Déterminer les exigences de soumission d'audit (c.-à-d. le nombre de cas requis, qui est basé sur les nombres de patients des services d'urgence du site; voir la section *Exigences*)

### 2. DONNÉES D'ACCÈS



Les sites hospitaliers n'ont pas besoin de recueillir leurs propres données sur les visites répétitives.

- Accédez aux rapports trimestriels sur les visites répétitives au moyen du portail de données *iPort Access* (1<sup>er</sup> janvier, 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet et 1<sup>er</sup> octobre; voir les sections *Élément 1* et *Données*)

### 3. CONTRÔLE DES VISITES

- En utilisant le [modèle d'audit du PGQVRU](#), filtrez les données de visites répétitives au niveau du site selon les caractéristiques de la visite, les diagnostics et autres critères détaillés dans les spécifications techniques (voir la section *Dépistage et sélection*).

### 4. AFFAIRES D'AUDIT

- En utilisant le modèle d'audit du PGQVRU, enquêtez sur les circonstances et les causes sous-jacentes (voir la section *Vérification*) pour :
  - Tous les cas avec des diagnostics sentinelles.
  - Autres cas avec d'autres diagnostics pour répondre aux exigences de soumission d'audit.



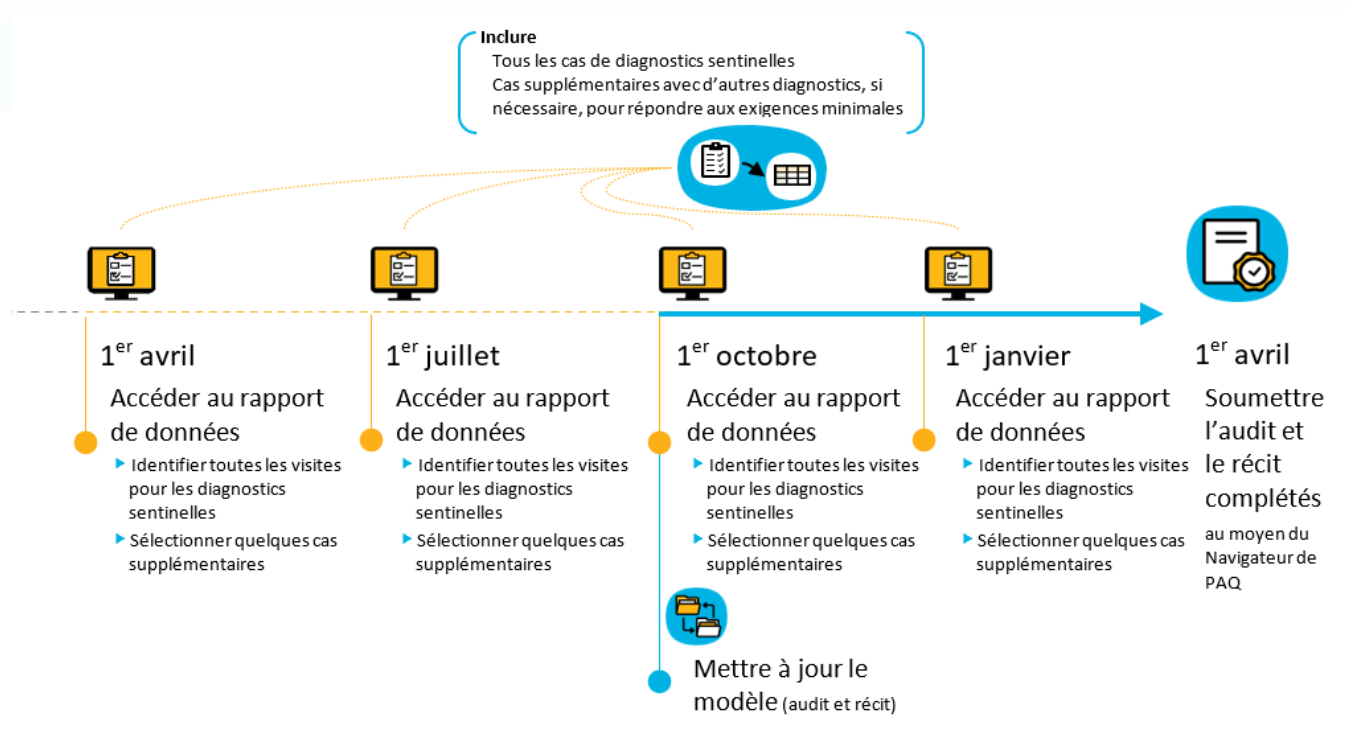
Le document *Comment sélectionner des cas et mener une vérification des visites répétitives aux urgences* décrit en détail les processus de dépistage et d'audit (p. ex. l'utilisation du modèle, l'identification des problèmes de qualité et l'élaboration d'initiatives d'amélioration).

### 5. RÉFLÉCHIR, SOUMETTRE ET AMÉLIORER

- En utilisant le [questions narratives du PGQVRU](#), résumez les conclusions de l'audit et les actions d'amélioration de la qualité qui en découlent.
- Incluez les fichiers d'audit et les fichiers narratifs pour chaque site dans la soumission annuelle du PAQ de l'hôpital d'ici le 1<sup>er</sup> avril afin que le PDG et le Comité de la qualité du conseil de l'hôpital puissent examiner les résultats et intégrer les actions de manière constructive et stratégique à la planification opérationnelle (voir la section *Constatations de l'audit*)

## Cycle de rapport pour le PGQVRU

### Élément 1. Dates importantes.



Les sites hospitaliers doivent avoir les audits requis et le récit provisoire terminés d'ici la fin de janvier afin de s'assurer que les conclusions du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences (PGQVRU) soient également présentées au conseil d'administration de leur hôpital lors de la présentation du projet de plan d'amélioration de la qualité (PAQ) de l'hôpital.

Voir Annexe B : Calendriers des rapports de données.

# Exigences

Les exigences en matière de soumission, à savoir le nombre minimum de cas qui doivent être vérifiés (c.-à-d. faire l'objet d'une enquête et d'une analyse) dans le cadre de la soumission annuelle du site hospitalier, sont déterminées par le niveau PFAR du site (c.-à-d. par le volume annuel de visites aux urgences; voir Élément 2).

## Élément 2. Résumé des exigences.

<b>Participation de l'hôpital?</b>	Obligatoire, si l'hôpital fait partie du programme de financement axé sur les résultats.							
Pour chaque site hospitalier								
<b>Volume du site :</b>	<b>Volume important</b>	<b>Volume faible</b>						
	> 30 000 visites annuelles aux services d'urgence	17 500 à 29 999 visites annuelles aux urgences	7 000 à 17 499 visites annuelles aux urgences	< 7 000 visites annuelles aux services d'urgence				
<b>Exigences :</b>								
Obtention des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demander l'accès pour 2 utilisateurs (1 principal et 1 de secours) au portail de données <i>iPort Access</i></li> </ul>							
Données de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exclure               <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites répétitives clairement sans lien avec la visite initiale.</li> <li>Transferts de patients ou rapatriement</li> <li>Visites prévues</li> <li>Cas où le dossier du patient ne peut pas être localisé.</li> </ul> </li> <li>Appliquer les critères détaillés énumérés dans les <a href="#">caractéristiques techniques</a></li> </ul>							
Vérification	<ul style="list-style-type: none"> <li>Télécharger les modèles mis à jour d'audit et de récit.</li> <li>Analyse complète pour le nombre minimum de cas suivants :               <table border="1" data-bbox="568 1197 1380 1260" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les cas liés à                   <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Une visite aux urgences dans les 7 jours suivant la sortie de la première visite aux urgences sans admission, à l'hôpital initial ou à un autre hôpital, entraînant une admission dans une unité de soins hospitaliers lors de la deuxième visite avec un diagnostic sentinelle.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hémorragie sous-arachnoïdienne</li> <li>Infarctus du myocarde aigu</li> <li>Septicémie pédiatrique</li> </ul> </li> <li>Une sélection de cas pour tout diagnostic pour                   <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Une visite aux urgences dans les 72 heures suivant la sortie de la première visite aux urgences sans admission, dans le même hôpital ou un autre, entraînant une admission dans une unité de soins hospitaliers lors de la deuxième visite.</b></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>				50	40	20	10
50	40	20	10					
Soumission	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier et collaborer avec le responsable du PAQ de l'hôpital pour préparer la soumission au PDG et au conseil d'administration.</li> <li>Télécharger l'audit et le récit terminés dans le Navigateur de PAQ; le soumettre d'ici le 1er avril.</li> </ul>							

Abréviations : PAQ, plan d'amélioration de la qualité.

# Données

## Rapports de données

Tous les sites hospitaliers participant au PGQVRU auront accès à des rapports trimestriels contenant des données sur les visites répétitives via le portail de données *iPort Access* de Santé Ontario.

### Accéder aux données des visites répétitives (Portail *iPort Access*)



L'accès pour 2 utilisateurs (un utilisateur principal et un utilisateur de secours) par site doit être demandé par l'autorité locale d'enregistrement d'*iPort Access* pour le site hospitalier en utilisant le modèle de courriel (voir [Élément 3](#)). Veuillez envoyer un courriel à [ATC@OntarioHealth.ca](mailto:ATC@OntarioHealth.ca).

### Élément 3. Modèle de courriel pour l'inscription des utilisateurs à *iPort Access*.

Envoyer par courriel à : [ATC@OntarioHealth.ca](mailto:ATC@OntarioHealth.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 :
  - Nom de l'établissement
  - Nom
- Utilisateurs autorisés :
  - Nom de l'établissement
  - Nom

## Types de rapports

Deux types de rapports seront disponibles : un rapport agrégé au niveau du site et un rapport au niveau du patient.

### RAPPORT DE DONNÉES AGRÉGÉES AU NIVEAU DU SITE

Le rapport agrégé au niveau du site contient les chiffres et les taux de visites répétitives de tous les sites en Ontario (bien que les données décrivant de petits nombres de patients puissent être supprimées pour garantir la protection de la confidentialité des patients).

### RAPPORT DE DONNÉES AU NIVEAU DES PATIENTS

Le rapport au niveau du patient montre :

- Le mois de la première visite
- Le numéro du dossier médical
- Le diagnostic lors de la première visite
- Le diagnostic à l'admission lors de la deuxième visite.
- Si une visite ultérieure a eu lieu dans les 72 heures.
- Si la visite ultérieure a eu lieu dans les 7 jours et a entraîné un diagnostic sentinelle.
- Si la visite ultérieure a eu lieu dans le même hôpital.

## Source et contenu

Les données relatives à la première visite sont obtenues à partir des données de niveau 3 du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Les données relatives à une visite ultérieure associée à l'admission sont obtenues à partir de la Base de données sur les congés des patients (BDCP).

Dans les rapports de données, les cas pour lesquels la visite ultérieure a été marquée comme un transfert ou comme une visite planifiée dans la base de données du SNISA ont généralement déjà été exclus (c.-à-d. qu'ils n'apparaissent pas dans le rapport). Les cas pour lesquels la visite ultérieure a eu lieu dans un autre hôpital seront identifiés uniquement comme une visite répétitive dans le rapport de données de l'hôpital où la visite initiale a eu lieu. (Il sera clairement indiqué que la visite ultérieure a eu lieu dans un autre hôpital, mais cet hôpital ne sera pas identifié dans les rapports de données afin de respecter les lois sur la protection des renseignements personnels).



La qualité des données peut être imparfaite et certains transferts ou certaines visites planifiées peuvent encore apparaître dans le rapport. Ces cas devraient être exclus lors du dépistage.

Les rapports sont basés sur des données datant d'environ 3 à 6 mois avant la date de diffusion du rapport. Pour des raisons logistiques, les données de la BDCP subissent un retard; par exemple, si un patient reste à l'hôpital pendant plusieurs mois, les données ne sont pas disponibles jusqu'à ce que le patient obtienne son congé.

## Dépistage et sélection

Le processus de dépistage vise à exclure les cas qui n'ont pas besoin d'être examinés plus en détail. Tous les cas non sentinelles doivent être dépistés pour déterminer leur admissibilité. Lors de la sélection des cas non sentinelles à inclure dans l'audit, ils doivent également être dépistés.

### 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

### Critères détaillés et considérations spécifiques au diagnostic

#### Cas avec diagnostics sentinelles

##### DÉFINITION

Les visites incluses dans le rapport de données pour les diagnostics sentinelles sont définies comme suit

Une visite aux urgences dans les 7 jours suivant la sortie de la première visite aux urgences sans admission, à l'hôpital initial ou à un autre hôpital, entraînant une admission dans une unité de soins hospitaliers lors de la deuxième visite avec un diagnostic sentinelle.

##### SPÉCIFICATIONS POUR LES CAS

Les cas avec des diagnostics sentinelles doivent répondre aux critères énumérés dans l'Élément 4. Les conditions pertinentes et les codes CIM-10-CA (*Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes*, dixième révision, Canada) associés sont répertoriés pour les diagnostics sentinelles et les possibles erreurs de diagnostic (c.-à-d. les conditions telles que l'angine de poitrine [pour l'infarctus du myocarde aigu], les maux de tête [pour l'hémorragie sous-arachnoïdienne] et la fièvre [pour la septicémie pédiatrique], qui peuvent être diagnostiquées lors de la première visite<sup>9-11</sup>).

## Élément 4. Caractéristiques techniques.

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>
<b>Sepsis 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 (la code qui indique l'unité de soins spéciaux)</i></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.

## Cas supplémentaires

### DÉFINITION

Les visites incluses dans le rapport de données pour les diagnostics non sentinelles sont définies comme suit

Une visite aux urgences dans les 72 heures suivant la sortie de la première visite aux urgences sans admission, dans le même hôpital ou un autre, entraînant une admission dans une unité de soins hospitaliers lors de la deuxième visite.

### APPROCHES DE SÉLECTION DES CAS

Si vous souhaitez inclure des cas supplémentaires, que ce soit pour répondre aux exigences d'audit ou pour mener un audit aussi complet que possible, il existe de nombreuses stratégies de sélection qui peuvent être envisagées. Sélectionner aléatoirement des cas à auditer permettra d'avoir un bon aperçu des causes courantes des retours à votre service des urgences.

Pour augmenter la probabilité que les cas sélectionnés révèlent des opportunités d'apprentissage, recherchez des cas qui correspondent aux priorités de qualité à l'échelle de l'hôpital ou de la région. Par exemple, si l'accès à l'imagerie diagnostique en dehors des heures de travail pose un défi dans votre établissement et qu'il est possible que des diagnostics d'appendicite soient manqués à cause de cela, votre équipe pourrait choisir des cas avec un diagnostic de retour d'appendicite et enquêter sur la question de l'accès à l'imagerie.



Lorsque vous utilisez une approche de sélection ciblée, veillez à ne pas exclure les cas qui pourraient impliquer des problèmes de qualité ou des événements indésirables.

Nous encourageons les hôpitaux à aller au-delà du nombre minimum d'audits pour tirer des leçons des renseignements précieux présentés dans les rapports de données.

# Vérification

## Modèles

Les modèles peuvent être mis à jour chaque année. En accord avec le programme de PAQ, les modèles mis à jour sont publiés à l'automne pour permettre aux hôpitaux de préparer les soumissions du PGQVRU en vue de les inclure dans les projets de PAQ.



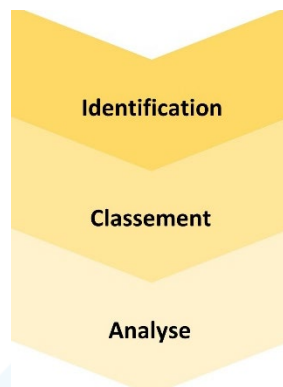
Référez-vous au modèle d'audit et au document d'accompagnement, *Comment sélectionner des cas et mener une vérification des visites répétitives aux urgences*, pour des instructions détaillées sur la capture des résultats du processus de vérification.

## Processus de vérification

L'audit est effectué après avoir déterminé quels cas nécessitent une évaluation plus approfondie dans le processus de dépistage et de sélection. Le processus de vérification se compose principalement de 3 étapes :

- **Identification** : Identifier tout événement indésirable ou problème de qualité.
- **Classement** : Classifier les événements indésirables et les problèmes de qualité selon leur type, leur possibilité de prévention et leur incidence.
- **Analyse** : Évaluer les causes sous-jacentes des événements indésirables et des problèmes de qualité et identifier les domaines à améliorer.

### Élément 4. Diagramme des principales étapes du processus de vérification.



Le processus de vérification utilisé dans le PGQVRU a été adapté à partir de celui décrit par Calder et coll.<sup>13</sup>

Parce que l'enquête initiale d'un cas sera basée sur l'examen du dossier médical et sera probablement effectuée par un médecin différent du médecin traitant, le temps écoulé depuis le cas n'aura pas d'importance dans la plupart des cas. Des informations précieuses peuvent certainement être tirées de ces examens. Cependant, si un incident est découvert qui nécessite un retour devant l'équipe clinique pour enquête, il est entendu que le rappel peut ne pas être élevé au moment où le cas est vérifié.



Il est fortement recommandé que les équipes effectuent des audits, au minimum, trimestriellement (lorsque les rapports de données sont publiés) afin de maximiser le rappel des cas et de gérer efficacement le processus de vérification.

Le service des urgences dépend de plusieurs services différents – consultants, radiologistes, laboratoires, etc. – et les visites répétitives révèlent souvent des problèmes qui vont au-delà de ceux du service des urgences. Mettez en évidence ces conclusions dans les rapports de vérification et narratifs à Santé Ontario. La force de ce programme résidera dans le processus collaboratif de l’audit visant à identifier les opportunités d’amélioration de la qualité dans les disciplines et les secteurs de la santé.



Si de vastes problèmes systémiques sont identifiés, nous aimerions en être informés dans le rapport narratif. Nous espérons que votre équipe commencera à élaborer des initiatives d’amélioration de la qualité qui impliquent également de collaborer avec d’autres organisations de la communauté afin de résoudre des problèmes plus larges qui pourraient contribuer aux visites répétitives aux urgences et qui auraient pu autrement être évités.



Votre équipe pourrait découvrir des cas qui pourraient être classés comme des incidents critiques, mais qui n’ont pas été saisis par un système de signalement des incidents critiques. Suivez le processus de signalement des incidents critiques déjà en place dans votre hôpital.

## Rôles et responsabilités

L’équipe du PGQVRU du site hospitalier devrait être dirigée par un médecin du service des urgences. Idéalement, ce médecin devrait collaborer avec l’équipe de traitement. De nombreux sites ont mis en place des équipes ou des comités interprofessionnels pour mener des audits et mettre en œuvre des actions d’amélioration en tant que groupe.

Une étude qualitative du programme<sup>14</sup> a montré que lorsque les sites utilisaient une approche centralisée pour mener des audits (par exemple, lorsque l’audit est réalisé uniquement par le chef, le gestionnaire ou le directeur du service des urgences), cela conduisait souvent à une moins bonne compréhension des objectifs du programme, tandis que lorsque les sites utilisaient une approche multidisciplinaire et plus distribuée, cela conduisait à une meilleure compréhension des objectifs, du rendement et des résultats du programme. Les hôpitaux peuvent nommer un responsable de programme pour guider les travaux liés au PGQVRU selon leur propre jugement.

Cependant, la participation à ce programme sera idéalement collaborative, avec des processus intégrés aux organisations en fonction des procédures qu’elles ont actuellement en place pour gérer et superviser la qualité. Les hôpitaux peuvent juger approprié que le Comité de la qualité du conseil exerce une surveillance générale ou souhaitent s’appuyer sur le Comité consultatif médical. En fin de compte, c’est le PDG qui sera responsable de s’assurer que les obligations sont respectées. Cela est cohérent avec les autres composantes du PFAR, qui sont administrées et supervisées par le PDG.

# Constatations de l'audit

## Soumission

Dans le cadre du cycle du programme PAQ, les hôpitaux participants soumettront les résultats du PGQVRU pour tous les sites au moyen du Navigateur de PAQ d'ici le 1er avril de chaque année.



Le responsable du PAQ saisira les résultats du PGQVRU dans le Navigateur de PAQ. Le guide [EDRVQP and QIP Integration](#) fournit des informations détaillées sur la façon d'inclure les résultats du PGQVRU dans les soumissions du PAQ de l'hôpital.

Identifiez le responsable du PAQ dans votre hôpital et travaillez avec lui. Collaborez avec lui pour vous assurer que les résultats du PGQVRU seront intégrés à la discussion sur le plan d'amélioration de la qualité avec le PDG et le conseil d'administration. Le PDG, le président du conseil d'administration et le responsable de la médecine d'urgence (p. ex. le médecin, le cadre) doivent également approuver les composantes du PGQVRU au sein du PAQ de l'hôpital.

La soumission annuelle d'un hôpital comprendra les éléments suivants pour chaque site :

- 1) Un audit terminé (avec tous les renseignements personnels sur la santé supprimés)
- 2) Un récit terminé



## Examen de la soumission

Une celle-ci fois reçue, Santé Ontario examine le contenu de la soumission pour s'assurer que :

- Toutes les composantes (audits et récits pour chaque site) sont terminées.
- Aucun renseignement personnel sur la santé n'a été inclus.
- Les exigences relatives aux audits ont été satisfaites.
- Des renseignements suffisants et détaillés ont été fournis pour les cas audités.
- Le récit reflète que des réflexions et une considération attentives ont été investies à l'analyse, en accord avec le but et l'esprit du programme.

Les responsables des sites hospitaliers seront contactés si des révisions à une soumission du PGQVRU sont jugées nécessaires.

## Partage des constatations

En se basant sur les informations soumises, Santé Ontario partagera chaque année un rapport de haut niveau avec :

- Des résultats agrégés sur les types de problèmes de qualité identifiés, leur impact et les causes sous-jacentes courantes;
- Des approches d'amélioration de la qualité; et
- Des mises à jour sur les initiatives d'amélioration de la qualité (le cas échéant).

Dans le cadre de ce travail, Santé Ontario peut contacter les hôpitaux participants pour obtenir leur autorisation de partager des histoires ou des exemples inclus dans leurs soumissions narratives. Santé Ontario ne divulguera pas l'identité des hôpitaux individuels à moins que l'hôpital ne donne son autorisation.

Sauf les histoires ou exemples partagés avec permission, les soumissions de fin d'année à Santé Ontario ne seront pas rendues publiques. Les hôpitaux sont tenus d'afficher publiquement leur PAQ annuel (généralement sur le site web de l'hôpital). En raison de la nature sensible des audits de visites répétitives aux urgences, les audits du PGQVRU ne seront pas disponibles publiquement via les PAQ affichés ou la requête de PAQ.

Votre équipe pourrait également envisager de partager les résultats des audits et les actions potentielles d'amélioration de la qualité avec les équipes cliniques du service des urgences, et possiblement, le comité consultatif des patients et des familles ou d'autres comités de qualité.

## Prochaines étapes

La responsabilité des actions proposées visant à améliorer la qualité doit être déterminée par l'administration de chaque hôpital. Alors qu'il est exigé que le PDG et le Comité de la qualité du conseil soient informés des constatations de l'audit et intègrent les résultats au PAQ organisationnel, les mécanismes de responsabilisation spécifiques relèvent de la discrétion de l'administration de chaque hôpital.

## Ressources

- Santé Ontario fournit des ressources (p. ex. une orientation générale du programme, des instructions pour la vérification et des astuces pour tirer des enseignements des problèmes de qualité identifiés), qui sont disponibles sur le [site web](#) du Programme de gestion de la qualité concernant les visites répétitives aux urgences. Les responsables des cliniques régionales pour la médecine d'urgence peuvent également fournir de l'encadrement et une orientation.



Les questions concernant *iPort Access*, les rapports de données et la méthodologie de collecte de données peuvent être adressées à [ATC@OntarioHealth.ca](mailto:ATC@OntarioHealth.ca).

Veuillez nous contacter à [EDQuality@OntarioHealth.ca](mailto:EDQuality@OntarioHealth.ca) pour toute question concernant les directives du programme, les exigences ou la manière dont les résultats seront rapportés ou partagés.

- Santé Ontario organise également des webinaires et offre d'autres occasions de se connecter avec les cliniciens en médecine d'urgence et les équipes interprofessionnelles au moyen de la communauté de pratique des Services d'urgence provinciaux sur Quorum. Les prochaines possibilités seront annoncées au moyen de courriel et de la communauté de pratique.



1. Visitez [Quorum](#) et créez un compte si vous n'en avez pas déjà un.
2. Allez sur la [page de la communauté de pratique des services d'urgence provinciaux](#) et cliquez sur le bouton « REJOINDRE LE GROUPE ».
3. N'oubliez pas de vous « abonner aux mises à jour » en cliquant sur le bouton une fois que votre demande d'adhésion aura été traitée.

# Références

1. Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Quality and safety in health care*. 2003; 12 (Suppl 2) : ii39 à ii45.
2. Pierce, JM, Kellerman, AL, Oster, C. “Bounces”: an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 1990; vol. 19, p. 752 à 757.
3. Wu, CL, Wang, FT, Chiang, YC, et coll. (2010). Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *Journal of Emergency Medicine*. 2010; vol. 38, p. 512 à 517.
4. Friedman, SM, Provan, D, Moore, S, Hanneman K. Errors, near misses and adverse events in the emergency department: what can patients tell us? *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2008; vol. 10, p. 421 à 427.
5. Kuan, WS, Mahadevan, M. Emergency unscheduled returns: can we do better? *Singapore Medical Journal*. 2009; vol. 50, p. 1068 à 1071.
6. Nunez, S, Hexdal, A, Aguirre-Jaime, A. Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Quality and safety in health care*. 2006; vol. 15, p. 102 à 108.
7. Chern, CH, How, CK, Wang, LM, Lee, CH, Graff, L. Decreasing clinically significant adverse events using feedback to emergency physicians of telephone follow-up outcomes. *Annals of Emergency Medicine*. 2005; vol. 45, p. 15 à 23.
8. Jones, J, Clark, W, Bradford, J, Dougherty, J. Efficacy of a telephone follow-up system in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*. 1988; vol. 6, p. 249 à 254.
9. Vermeulen, MJ, Schull, MJ. Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. *Stroke*. 2007; vol. 38, p. 1216 à 1221.
10. Schull, MJ, Vermeulen, MJ, Stukel, TA. The risk of missed diagnosis of acute myocardial infarction associated with emergency department volume. *Annals of Emergency Medicine*. 2006; vol. 48, no 6, p. 647 à 655.
11. Vaillancourt, S, Guttmann, A, Li, Q, Chan IYM, Vermeulen, MJ, Schull, MJ. Repeated emergency department visits among children admitted with meningitis or septicemia: A population-based study. *Annals of Emergency Medicine*. 2014; vol. 65, no 6, p. 625 à 632.
12. Griffin, FA, Resar, RK. IHI Global Trigger Tool pour mesurer les événements indésirables (deuxième édition). Livre blanc de la série Innovation de l’IHI. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement; 2009 [cité en mars 2016]. Extrait de : <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>
13. 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 Quality & Safety*. 2015; vol. 24, p. 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 programme auditing emergency department return visits. *BMJ Open*. 7 avril 2021; vol. 11, no 4 : e044218.

# Annexes

## Annexe A : Exemples d'exigences pour la soumission des audits

### Exemple 1

Le site principal d'un hôpital régional compte environ 33 000 visites aux services d'urgence et environ 800 visites répétitives aux urgences chaque année. Après le dépistage, il y a 16 cas liés à des diagnostics sentinelles et 784 cas liés à d'autres diagnostics.

Ce site hospitalier est classé comme étant à grand volume, car il reçoit plus de 30 000 visites annuelles aux urgences; par conséquent, le site est tenu de vérifier et de soumettre un minimum de 50 cas. Chacun des 16 cas liés aux diagnostics sentinelles et au moins 34 cas supplémentaires doivent faire l'objet d'une vérification.

### Exemple 2

Les données d'un site hospitalier montrent qu'il y a eu 7 941 visites au total au service des urgences et 83 visites répétitives aux urgences. Après le dépistage, il semble y avoir 7 visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles.

Ce site est classé comme étant de petit volume, avec entre 7 000 et 17 499 visites annuelles aux urgences, et il est obligé de soumettre un minimum de 20 audits. Chacun des 7 cas liés aux diagnostics sentinelles doit faire l'objet d'une vérification et au moins 13 cas supplémentaires doivent également être sélectionnés et vérifiés. (Il n'y a pas de limite supérieure, donc chacun des 83 cas peut être vérifié, si désiré.)

### Exemple 3

L'hôpital A est un hôpital communautaire avec 6 902 visites annuelles aux urgences et 58 visites répétitives annuelles aux urgences. Il y a 5 visites répétitives enregistrées liées aux diagnostics sentinelles et 42 visites répétitives liées à d'autres diagnostics qui répondent aux critères de dépistage spécifiés.

Ce site est classé comme étant de faible volume avec moins de 7 000 visites annuelles aux urgences. Chacune des 5 visites répétitives liées aux diagnostics sentinelles et au moins 5 cas supplémentaires doivent faire l'objet d'une vérification. (Il n'y a pas de limite supérieure, donc chacun des 42 cas peut faire l'objet d'une vérification, si désiré.)

### Exemple 4

L'hôpital Z est un hôpital communautaire avec 6 759 visites annuelles aux urgences et 71 visites répétitives annuelles aux urgences. Il y a 12 visites répétitives enregistrées liées aux diagnostics sentinelles et 27 visites répétitives liées à d'autres diagnostics qui répondent aux critères de dépistage spécifiés.

Ce site est classé comme étant de faible volume avec moins de 7 000 visites annuelles aux urgences. Chacune des 12 visites répétitives est liée aux diagnostics sentinelles. (Il n'y a pas de limite supérieure, donc chacun des 39 cas peut faire l'objet d'une vérification, si désiré.)

## Annexe B : Calendriers des rapports de données

**Tableau B1. Rapports de données et données d’audit de Windows correspondants (pour le 1<sup>er</sup> avril 2026, présentation).**

Moment des premières visites signalées dans le rapport de données	Date de diffusion du rapport de données
T3 (2024-2025) : du 1 <sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2024*	1 <sup>er</sup> avril 2025
T4 (2024-2025) : du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 mars 2025	1 <sup>er</sup> juillet 2025
T1 (2025-2026) : du 1 <sup>er</sup> avril au 30 juin 2025	1 <sup>er</sup> octobre 2025
T2 (2025-2026) : du 1 <sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2025	1 <sup>er</sup> janvier 2026

\* Dépendamment de la disponibilité des données, les sites ayant de plus petits volumes peuvent ne pas avoir accès à ces données et devraient fonder leurs audits sur les trois derniers trimestres.

**Tableau B2. Rapports de données et données d’audit de Windows correspondants (pour le 1<sup>er</sup> avril 2027, présentation).**

Moment des premières visites signalées dans le rapport de données	Date de diffusion du rapport de données
T3 (2025-2026) : du 1 <sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2025	1 <sup>er</sup> avril 2026
T4 (2025-2026) : du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 mars 2026	1 <sup>er</sup> juillet 2026
T1 (2026-2027) : du 1 <sup>er</sup> avril au 30 juin 2026	1 <sup>er</sup> octobre 2026
T2 (2026-2027) : du 1 <sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2026	1 <sup>er</sup> janvier 2027

## Annexe B : Questions fréquemment posées

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

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*.

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 équipes sont invitées à consulter les avocats spécialisés en droit hospitalier et à se référer aux nombreuses ressources créées par l'[Association des hôpitaux de l'Ontario \(à www.OHA.com\)](http://www.OHA.com) concernant la LPRQS, la LAIPVP et les informations sur la qualité des soins.

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

De nombreux sites ont mis en place des équipes ou des comités pour mener régulièrement des audits et faire avancer des mesures d'amélioration en tant que groupe. Cette approche est utile, car elle encourage la discussion et permet une vision interprofessionnelle du cas.

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.

### Le financement est-il lié au rendement 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.

**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.

### L'inclusion d'autres diagnostics sentinelles dans le PGQVRU sera-t-elle considérée?

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.

## À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

## Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre](#) d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez [OntarioHealth.ca/fr](https://OntarioHealth.ca/fr).

## Besoins de renseignements supplémentaires?

### Santé Ontario

500–525, avenue University  
Toronto, Ontario  
M5G 2L3

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 978-1-4868-9434-5 (PDF) © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025