

Revue de la littérature sur les retours précoces aux urgences pour améliorer la qualité et la sécurité des soins

Literature Review on Early Return Visits to the Emergency Department for Assessing Healthcare Quality and Safety

D. Lauque · S. Fernandez · N. Lecoules · S. Charpentier · O. Azéma · J. Edlow · A. Bellou

Reçu le 16 janvier 2017 ; accepté le 6 avril 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Résumé Les retours précoces aux urgences peuvent être liés à un événement indésirable associé aux soins (EIAS) survenu lors du premier passage aux urgences. Cette revue de 24 études fait le point de l'utilisation des retours précoces comme indicateur qualité et comme événement sentinelle dans le cadre d'une démarche qualité de gestion des risques. La plupart des retours précoces ne sont pas dus à des erreurs mais à des facteurs liés aux patients, à l'évolution de leur maladie ou au système de soin en aval des urgences. Cependant, les patients qui reviennent pour un EIAS présentent souvent une pathologie sévère nécessitant une hospitalisation. Ils ont un âge élevé, des comorbidités, ils sont mal assurés et ont un tableau clinique sévère lors de leur premier passage. Les retours précoces ne devraient pas être utilisés comme indicateur de qualité des soins puisque la plupart ne sont pas liés à un EIAS mais comme événement sentinelle pour dépister ceux qui sont liés à un EIAS. L'analyse ciblée des dossiers de ces patients permet de caractériser ces EIAS, d'identifier les causes évitables et de mettre en place des actions d'amélioration.

Mots clés Retour précoce · Événement indésirable lié aux soins · Service d'urgence

D. Lauque (✉) · S. Fernandez · N. Lecoules · S. Charpentier
Pôle de médecine d'urgence, CHU Toulouse,
F-31059 Toulouse cedex 9
e-mail : lauque.d@chu-toulouse.fr

O. Azéma
Département d'information médicale, CHU Toulouse,
F-31059 Toulouse cedex 9

J. Edlow · A. Bellou
Emergency Medicine Department,
Beth Israel Deaconess Medical Center, 330 Brookline avenue,
Boston, MA 02215, United States

D. Lauque · S. Charpentier
Université Paul Sabatier, F-31059 Toulouse cedex 9

Abstract Early return visits to the emergency department (ED) may be due to adverse event occurring during the first visit. We reviewed 24 publications to focus on return visits as sentinel event to detect preventable errors and adverse events in the ED. Most of returns are not related to lapses in care but to patient factors, disease progression or post-ED factors. Only 15 % of early return visits are related to adverse events, but these patients often return with severe conditions and must be hospitalized. Their risk factors are age, comorbidities, poor insurance coverage, and severe conditions at the first visit. Early return visits should not be used as indicator of quality of care because most of return visits are not related to quality issues, but as a screening tool to detect deficits in care. Review of screened records characterizes adverse events for identifying preventable errors and improve healthcare.

Keywords Return visit · Adverse event · Emergency department

Introduction

Un retour précoce aux urgences peut être dû à un dysfonctionnement lors du premier passage qui peut concerner une erreur diagnostique, une complication du traitement, une décision prématurée de sortie, ou le choix d'un suivi inadéquat [1-3]. Les patients sont susceptibles de revenir dans un état clinique aggravé dû à ces dysfonctionnements survenus lors de leur premier passage [4,5]. Ils sont qualifiés d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) s'ils ont eu, ou auraient pu avoir, des conséquences négatives sur la santé des patients [6]. Les retours précoces doivent donc être analysés pour rechercher ces EIAS, préciser leurs causes, et améliorer les soins pour les prévenir. Les retours aux urgences occasionnent des coûts supplémentaires, ils contribuent à la suractivité des services d'urgence et ils représentent une

expérience pénible pour les patients [7,8]. La Haute Autorité de Santé demande que le circuit de recueil et d'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences soit formalisé dans chaque établissement, qu'il soit connu par le personnel, et que les dysfonctionnements recueillis soient analysés [9].

Toutefois, la plupart des retours précoces ne sont pas liés à un EIAS, mais sont attribuables aux patients qui restent inquiets après leur sortie des urgences, ne suivent pas les consignes de sortie ou ont l'habitude d'utiliser les urgences pour des soins de premier recours [10]. D'autres retours sont liés à la progression ou à la rechute imprévisible de la maladie, ou à la difficulté d'organiser un suivi ambulatoire post-urgences [11-13]. Les retours précoces doivent donc être triés dans le cadre d'une démarche qualité pour identifier ceux qui sont liés à un EIAS et en comprendre les causes, en particulier celles qui sont évitables.

L'objectif de cette revue est d'expliquer pourquoi et comment utiliser les retours précoces aux urgences comme événement sentinelle pour dépister les EIAS dans le cadre d'une démarche qualité de gestion des risques.

Méthodes

Cette revue narrative de la littérature a été élaborée pour présenter les caractères épidémiologiques des retours précoces aux urgences et leur utilisation pour dépister les EIAS dans la population générale des urgences. Les articles ont été recherchés sur Medline (PubMed) en utilisant comme mots-clés « *emergency medicine* » et « *return visit* » de 1970 à octobre 2016. Seuls les articles rapportant des travaux expérimentaux ont été inclus. Les références citées dans les articles sélectionnés ont été vérifiées pour trouver d'autres articles pertinents.

Les travaux limités à une pathologie ou un motif de recours n'ont pas été inclus puisque cette revue s'intéresse à la population générale des urgences. Ceux concernant les urgences pédiatriques n'ont pas été inclus, car la fragilité des jeunes enfants et l'inquiétude des parents sont des facteurs

de risque de retours précoces qui sont propres aux urgences pédiatriques. Les articles sur les personnes âgées n'ont pas été inclus non plus, car ces patients reviennent souvent aux urgences car ils n'ont pas été hospitalisés après leur passage initial par manque de ressources gériatriques dans et surtout en aval des urgences [14,15].

La qualité méthodologique des publications n'a pas été évaluée en raison du caractère narratif de cette revue. Les études sélectionnées sont majoritairement observationnelles et transversales. Les définitions d'un événement sentinelle, d'un EIAS, d'un EIAS évitable et d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins sont rappelées dans le Tableau 1.

Revue

Cette revue présente successivement l'épidémiologie des retours précoces aux urgences, le rôle des EIAS dans leur survenue, les conséquences des retours précoces sur la santé des patients, leurs facteurs de risque, leur utilisation comme indicateur qualité et comme événement sentinelle dans le cadre d'un programme d'action qualité.

Épidémiologie

Le Tableau 2 liste les caractéristiques des 24 études sélectionnées sur les retours précoces aux urgences. La plupart ont été réalisées dans un seul service d'urgence pour décrire leurs causes et leurs facteurs de risque. Quatre études ont été conduites à l'échelle d'un pays ou de ses régions pour connaître les conséquences sanitaires des retours aux urgences [8,16-18]. Les données de l'Ontario et de la Grande-Bretagne sont également rapportées [19,20].

Le taux de retours aux urgences augmente avec la durée de la période analysée. Le taux médian de retours est de 2,1 % (écart interquartile [EIQ] 0,7-3,2) dans les 18 études réalisées sur deux ou trois jours, 6,8 % (EIQ 4,9-7,9) dans les cinq études sur sept jours, et 20 % (EIQ 18,3-21,2) dans les 3 études sur 30 jours. Quatre autres paramètres font varier le taux de retours : 1/ les études réalisées au niveau d'un pays

Tableau 1 Définitions

Événement sentinelle (trigger)	Indice présent dans le dossier du patient qui révèle la présence possible d'un événement indésirable et nécessite l'analyse systématique du processus de soins
Événement indésirable associé aux soins	Événement ou circonstance associé(e) aux soins qui a entraîné ou aurait pu entraîner une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il (elle) ne se reproduise pas
Événement indésirable associé aux soins évitable	L'événement ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de cet événement
Indicateur de qualité et de sécurité des soins	Outil qui mesure l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement, afin d'évaluer de manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients

Tableau 2 Retours précoces aux urgences								
Auteur	Pays	Population (passages/ an)	Étude limitée aux sorties après hospitalisés la 1 ^{re} visite après retour	Délai de retour (jrs)	% de retours dans la population	% d'ETAS parmi les retours la population	Résultats principaux	
Études ou statistiques réalisées à l'échelle d'une région ou d'un pays								
Pham 2011 [16]	États-Unis	Cohorte nationale (218 000)	Oui	Non	3	3,2	nc	- Facteurs de risque de retour : Medicare, alcool, pathologies non urgentes, dermatoses - Les patients revenant aux urgences ne sont pas plus graves que ceux qui ne reviennent pas
Health Quality 2016 [19]	Canada	SU d'Ontario (nc)	Oui	Oui	3	1,0	nc	Statistique 2014/2015 de la province d'Ontario
Rising 2014 [17]	États-Unis	SU de Floride et Nebraska (4,8x10 ⁶)	Oui	Non	3	7,5 22,4	nc	- Facteurs de risque de retour : Medicaid, âge 25-44 ans - L'analyse de la courbe des retours sur 30 jours permet de séparer les retours « précoces » pendant les neuf premiers jours et tardifs au-delà de neuf jours
Duseja 2015 [8]	États-Unis	SU d'Arizona, Californie, Floride, Nebraska, Utah, Hawaï (12,6x10 ⁶)	Oui	Non	3	8,2 19,9	nc	- Facteurs de risque de retour : hommes, âge 18-44 ans, indiens américains, Medicaid, non assurés, infections cutanées, douleurs abdominales, hôpital public - 32 % des retours se font dans un autre service
Sabbatini 2016 [18]	États-Unis	SU de Florida and New York (9x10 ⁶)	Oui	Non	7 14 30	8,2 11,5 16,6	nc	Les patients hospitalisés après un retour aux urgences ont une mortalité, des taux d'hospitalisation en soins intensifs, des coûts hospitaliers plus bas, et des durées de séjour plus longues que les patients hospitalisés après leur premier passage <i>(Suite page suivante)</i>

Tableau 2 (suite)								
Auteur	Pays	Population (passages/ an)	Étude limitée aux sorties après hospitalisés la 1^{re} visite après retour	Délai de retour (jrs)	% de retours dans la population	% d'EIAS parmi les retours la population	Résultats principaux	
Hughes 2012 [20]	Grande-Bretagne	Indicateur national	Non	7	7,9	nc	Indicateur mensuel obligatoire pour tous les services d'urgence de Grande-Bretagne	
Études réalisées dans un à trois services d'urgence								
Sauvin 2013 [23]	France	1 SU (53 000)	Oui	8	2,2	30	0,7	- Facteurs de risque d'EIAS : âge ≥ 65 ans, comorbidité (cancer, cardiopathie, psychiatrie), accompagnant présent lors du retour, lettre d'admission ou prise de sang lors du 1 ^{er} passage, gravité accrue lors du retour - Taux plus élevé d'hospitalisation (29 %) et de soins intensifs (2 %) en cas de retour par rapport aux % habituels
Hu 1992 [2]	Taiwan	1 SU (92 000)	Oui	7	4,9	8,2	0,4	- Facteurs de risque de retour : fièvre, douleur abdominale ou thoracique, pathologies digestives, chirurgicales ou cardiovasculaires - 93 % des EIAS surviennent les trois premiers jours - Causes des EIAS : erreurs thérapeutiques (49 %) ou diagnostiques (46 %)
Calder 2015 [3]	Canada	2 SU (134 000)	Non	7	6,8	5,7	0,4	- 57 % des EIAS observés sont évitables - Facteurs de risque de retour dû à un EIAS : imagerie réalisée lors du 1 ^{er} passage, passage aux urgences lors des six mois précédents
Gordon 1998 [24]	États-Unis	1 SU (55 000)	Oui	3	2,7	nc	nc	- Facteurs de risque de retour dû à un EIAS : déshydratation, septicémie, douleur abdominale, convulsion
Kuan 2009 [46]	Singapour	1 SU (76 700)	Non	3	2,2	nc	nc	Motif de retour le plus fréquent : douleur abdominale (25 %) <i>(Suite page suivante)</i>

Tableau 2 (suite)								
Auteur	Pays	Population (passages/ an)	Étude limitée aux sorties après hospitalisés la 1^{re} visite après retour	Délai de retour (jrs)	% de retours dans la population	% d'EIAS parmi les retours la population	Résultats principaux	
Keith 1989 [1]	États-Unis	1 SU (80 000)	Non	3	3,4	21,1	0,7	Causes d'EIAS : soins médicaux (40 %), compliance (36 %), conseils de sortie (21 %), choix du suivi (15 %).
Liaw 1999 [12]	Taiwan	1 SU (85 000)	Oui	3	1,9	7,8	0,1	- Motifs et diagnostics les plus fréquents parmi les retours : douleur abdominale, gastro-entérite, traumatisme crânien - Causes de retour : maladie (79 %), patient (9 %)
Martin-Gill 2004 [25]	États-Unis	1 SU (60 000)	Oui	3	0,6	nc	nc	Facteurs de risque de retour : âge > 65 ans, Medicare, arrivée par ambulance, urgences psychiatriques, génito-urinaires, diagnostics symptomatiques
Wu 2010 [13]	Taiwan	1 SU (35 000)	Non	3	5,5	8,2	0,5	- Causes de retour : maladie (81 %), patients (11 %), EIAS (8 %) - Motifs et diagnostics les plus fréquents parmi les retours : douleur abdominale, fièvre, vertige
Nuñez 2006 [7]	Espagne	1 SU (115 000)	Non	3	0,8	nc	nc	Facteurs de risque de retour : âge, dyspnée, erreurs de pronostic
Lerman 1987 [22]	États-Unis	1 SU (64 000)	Non	3	0,4	17,6	0,1	Facteurs de risque de retour : coliques néphrétiques, épistaxis, menaces d'accouchement, asthme, BPCO
Klasco 2015 [41]	États-Unis	1 SU (55 000)	Oui	3	0,7	10,2	0,07	- Plus d'EIAS et d'erreurs dépités par les retours que par les autres triggers (plaintes, intubation, mutation précoce en soins intensifs, décès) - Motif d'EIAS et d'erreurs le plus fréquent, dépités par tous ces triggers : douleur abdominale

(Suite page suivante)

Tableau 2 (suite)								
Auteur	Pays	Population (passages/ an)	Étude limitée aux sorties après hospitalisés la 1^{re} visite après retour	Délai de retour (jrs)	% de retours dans la population	% d'EIAS parmi les retours la population	Résultats principaux	
Abuale-nain 2013 [27]	États-Unis	3 SU (nc)	Oui	3	0,5	5,2	0,02	- Facteurs de risque de retour dû à un EIAS : Medicaid, arrivée par ambulance - Diagnostics les plus fréquents parmi les EIAS : maladies de l'appareil digestif, symptômes et signes mal définis, maladies cardiovasculaires
Fan 2007 [4]	Taiwan	1 SU (73 000)	Non	3	0,07	29	0,02	- 29 % des retours suivis d'hospitalisation en soins intensifs liés à une erreur médicale. - Facteurs de risque d'hospitalisation en soins intensifs : >65 ans, transport en ambulance, pas d'accompagnant, vie en institution, Medicaid, séjour aux urgences >24h
Hu 2012 [5]	Taiwan	1 SU (70 000)	Oui	3	1,1	32	0,3	Prévalence des EIAS plus élevée lors des retours suivis d'hospitalisation (32 %), par rapport à ceux non suivis d'hospitalisation (11 %)
Chan 2016 [26]	Singapour	1 SU (140 000)	Non	3	3,2	nc	nc	Facteurs de risque de retour : sexe masculin, âge élevé, arrivée par ambulance, niveau d'urgence élevé, pathologies cardiaques, douleurs abdominales, infection virale, nationalité chinoise
Pierce 1990 [11]	États-Unis	1 SU (65 000)	Non	2	3,3	17,9	0,6	Causes de retour : patient (53 %), maladie (13 %), EIAS (18 %) système de soin (4 %)
Vereist 2014 [47]	Belgique	1 SU (55 000)	Oui	3	2,7	15	0,4	Le taux d'occupation du SU lors de la visite initiale n'est pas un facteur de risque de retour précoce
EIAS : événement indésirable associé aux soins ; SU : service d'urgence								

ou d'une région comptabilisent tous les retours, y compris les reconvoctions alors que les études monocentriques étudiant les EIAS les excluent habituellement ; 2/ quelques travaux ne se limitent pas aux retours dans le même service que celui du premier passage mais analysent les retours dans tous les services d'urgence ou les hôpitaux d'une région [8,17,21]. La proportion de retours dans un délai de 3 jours dans un autre SU que celui d'origine varie entre 11 et 32 % ; 3/ certains travaux incluent les retours de tous les patients, hospitalisés ou sortis après leur premier passage par les urgences, alors que d'autres se limitent à ceux ayant quitté l'établissement après leur premier passage ; 4/ des études analysent tous les retours précoces alors que d'autres seulement ceux suivis d'hospitalisation. Le taux médian de retours sur deux ou trois jours est de 3,2 % (EIQ 2,2-3,4) dans les 13 études qui comptabilisent tous les retours suivis ou non d'hospitalisation, et seulement de 0,7 % (EIQ 0,6-1,0) dans les cinq études n'ayant analysé que les patients hospitalisés après leur retour.

Événements indésirables associés aux soins

Plusieurs travaux ont analysé systématiquement les dossiers des patients revenant précocement aux urgences pour connaître la part due à un EIAS survenu lors du premier passage. Les EIAS ne représentent qu'une minorité des retours précoces, avec un taux médian de 15 % (EIQ 8-21 %) pour les 13 études du Tableau 2 rapportant cette donnée. La proportion d'EIAS double de 6 à 12 % si les retours sont analysés sur trois jours au lieu de sept, elle triple de 11 à 32 % en n'étudiant que les retours suivis d'hospitalisation [3,5]. Les EIAS sont majoritairement dus à des erreurs de diagnostic et à des complications des procédures ou du traitement, plus rarement à des décisions de sortie ou de suivi inappropriées [1,2,22,23]. Les retours précoces dépistent entre 0,02 et 0,7 % d'EIAS (médiane 0,4 % ; EIQ 0,1-0,5) dans la population générale des urgences (Tableau 2)

Ainsi, la majorité des retours précoces est due à des causes sans rapport avec la qualité des soins, tels que l'habitude de fréquenter les urgences pour des soins non urgents, la présence de facteurs psychosociaux, la progression ou la rechute imprévisible de la maladie après le premier passage [11-13]. Les patients reviennent aux urgences parce qu'ils sont inquiets, surtout si la cause de leurs symptômes reste incertaine après leur premier passage, et/ou parce qu'ils n'ont pas accès à leur médecin habituel dans les délais souhaités [10].

Conséquences des retours précoces

Globalement, la sévérité des patients qui reviennent précocement aux urgences n'est pas supérieure à celle observée lors de leur premier passage ou à celle des patients qui ne

reviennent pas aux urgences. Leur taux d'hospitalisation, qui varie entre 13 et 36 % selon les études, est similaire à ceux observés pour l'ensemble des passages suivis ou non d'un retour précoce [8,12,13,16,24]. La consommation d'examen, de médicaments et de procédures lors des retours n'est pas supérieure à celle des patients sans passage récent aux urgences [16]. Dans une étude américaine récente sur plus de 9 millions de passages, les patients hospitalisés après un retour aux urgences avaient même une mortalité hospitalière (1,8 %) et des taux d'hospitalisation en soins intensifs (23 %) inférieurs à ceux de patients hospitalisés après leur premier passage aux urgences (respectivement 2,5 % et 29 %) [18].

Par contre, les patients qui reviennent en raison d'un EIAS survenu lors de leur premier passage doivent souvent être hospitalisés en urgence, avec un pourcentage pouvant atteindre 74 % [11-13]. Leur mortalité varie entre 0 et 3 % [3,11,12,23]. Elle augmente à 20 % parmi les patients admis en soins intensifs dans les 3 jours suivant leur sortie des urgences [4]. En synthèse, les patients qui reviennent aux urgences en raison d'un EIAS survenu lors de leur premier passage présentent souvent des pathologies sévères nécessitant leur hospitalisation.

Facteurs de risque des retours précoces

Plusieurs études ont établi le profil clinique des patients revenant précocement aux urgences, toutes causes de retour confondues. Les trois études réalisées dans les services d'urgence de plusieurs états américains sur un nombre élevé de passages citent comme facteurs de risque présents lors du premier passage : le sexe masculin, la tranche d'âge entre 18 et 44 ans, l'absence d'assurance médicale privée, les pathologies bénignes, les affections dermatologiques, l'alcool, les douleurs abdominales [8,16,17]. D'autres études réalisées dans un seul service d'urgence, aux USA ou à Singapour, citent à l'inverse un âge et un degré d'urgence élevés comme facteur de risque de retours précoces, ainsi que les douleurs abdominales et des affections variées selon les études (psychiatriques, génito-urinaires, cardio-vasculaires, infectieuses) [22,25,26]. L'étude des facteurs de risque de tous les retours précoces, toutes causes confondues, ont un intérêt limité dans le cadre d'une démarche qualité, puisque la plupart des retours ne sont pas liés à un EIAS. Ces travaux peuvent toutefois servir de base pour des politiques de santé publique qui ont pour objectif de diminuer les retours aux urgences en améliorant le système de soins et le comportement des patients.

D'autres auteurs ont focalisé leurs travaux sur les facteurs de risque de retours précoces dus à des EIAS, afin d'identifier des profils particuliers nécessitant une vigilance accrue de la part du personnel. Les EIAS sévères nécessitant une hospitalisation après le retour aux urgences sont observés surtout chez les sujets âgés de plus de 65 ans, sans assurance

privée, qui présentent lors de leur premier passage un tableau clinique sévère et arrivent en ambulance [4,27]. Ils ont des antécédents cardiovasculaires, néoplasiques, ou psychiatriques, et présentent des urgences cardiovasculaires, digestives, infectieuses, métaboliques ou des symptômes mal définis [23,24,27]. Le fait de vivre seul, en institution, et d'être resté plus de 24h aux urgences sont des facteurs de risque de mutation en soins intensifs après un retour aux urgences [4]. Ainsi, la détermination de facteurs de risque présents lors du premier passage permet aux cliniciens de savoir quels patients sont les plus à risque d'EIAS dans leur service.

Utilisation des retours précoces comme indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La validation d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins repose sur cinq critères, listés dans le Tableau 3 [28]. La faisabilité des retours précoces est satisfaisante puisque cet indicateur peut être produit en routine par le système d'information hospitalier. Il est cliniquement pertinent car les EIAS dépistés traduisent souvent un défaut sérieux dans la qualité des soins. Sur le plan métrologique, il est reproductible et compréhensible mais sa validité est discutable car seule une minorité des retours précoces est due à un EIAS. La pertinence pour améliorer les soins est aussi problématique en l'absence de seuil maximum validé de retours précoces. Ainsi, il sera difficile d'identifier une marge de progression lorsque des actions d'amélioration seront entreprises, ou de classer les établissements par rapport à un seuil de performance. De plus, cet indicateur pourrait induire une modification inappropriée des comportements en majorant le nombre d'exams diagnostiques ou de patients hospitalisés pour diminuer le risque de retours. Une aggravation secondaire

est possible lorsqu'une prise en charge ambulatoire plutôt qu'une hospitalisation est décidée de manière raisonnée conjointement par le médecin et le patient [18]. Des conseils de retour aux urgences en cas d'aggravation sont alors prodigués. Concernant le dernier critère, l'ajustement, les retours précoces ne dépendent pas que de la qualité des soins, mais aussi, comme vu plus haut, de facteurs prépondérants liés aux patients, à leur maladie ou aux soins prodigués après la sortie des urgences. L'indicateur globalise tous les retours sans tenir compte des causes de retour qui peuvent varier selon les sites. Au total, il paraît difficile de proposer les retours précoces comme indicateur qualité pour qualifier les services d'urgence en fonction de leur performance ou monitorer les actions d'amélioration.

Cependant, les retours précoces sont proposés ou utilisés comme indicateurs qualité et de sécurité des soins dans plusieurs pays. Dans une revue systématique récente sur les indicateurs de performance dans les services d'urgence, les retours précoces étaient situés au 8^e rang en nombre de publications parmi 202 indicateurs recensés [29]. L'Institute for Healthcare Improvement, dans son *White Paper* publié en 2009 sur les événements sentinelles, a sélectionné les retours précoces dans les 48h comme indicateur qualité dans les services d'urgence [30]. Le ministère de la santé du Royaume-Uni a publié une liste de 8 indicateurs qualité, parmi lesquels les retours précoces, que doivent renseigner tous les services d'urgence, depuis la suppression en 2011 de l'indicateur sur la durée de passage aux urgences limitée à 4h [31]. Au Canada, un consensus a classé les retours précoces suivis d'hospitalisation au premier rang parmi six indicateurs concernant la sécurité des soins dans les services d'urgence [32]. Dans l'Ontario, tous les services d'urgence ont débuté depuis avril 2016 un programme qualité sur le recueil et

Tableau 3 Critères de validation des indicateurs de qualité et sécurité des soins [28]

Faisabilité	Capacité de l'établissement à collecter les données
Qualités métrologiques	- Reproductibilité - Cohérence interne (en cas de calcul d'un score) - Validité de face-à-face (compréhension) - Validité de contenu (représentation de toutes les dimensions importantes du concept)
Pertinence clinique	- Importance du thème pour la santé publique, les professionnels, la réglementation, le régulateur) - Capacité de l'indicateur à évaluer et améliorer la qualité des soins en rapport avec ce thème
Pertinence pour améliorer les soins	Capacité de l'indicateur à : - discriminer les établissements de soins - identifier une marge d'amélioration - identifier des actions d'amélioration - à ne pas générer de comportement pour modifier le résultat sans rapport avec la qualité des soins
Ajustement	Capacité de l'indicateur à prendre en compte des variables (population, structure de soins) influençant le résultat indépendamment de la qualité des soins

l'analyse des retours précoces afin de réduire les erreurs diagnostiques et les autres facteurs contribuant à ces retours précoces [19]. Son objectif est d'aider les cliniciens à repérer les EIAS pour en déterminer les causes et non de diminuer les retours précoces.

Aux États-Unis, les retours précoces aux urgences ne font pas partie de la liste des indicateurs qui doivent être communiqués au *Center for Medicare and Medicaid Service* [33]. En France, l'HAS ne demande pas de surveiller d'indicateur particulier concernant la prise en charge des urgences et des soins non programmés [9]. La Société Française de Médecine d'Urgence mentionnait toutefois en 2001 les retours non programmés dans les huit jours ainsi que les réadmissions ou les réhospitalisations dans les 30 jours parmi les critères d'évaluation des services d'urgence [34].

Utilisation des retours précoces comme événements sentinelles

Les EIAS survenant dans un service d'urgence peuvent être détectés par plusieurs moyens : le signalement volontaire du personnel, l'analyse systématique des dossiers, les plaintes des patients ou de leur famille, ou un événement sentinelle (trigger en anglais). L'évaluation systématique des signalements volontaires a montré que cette méthode sous-estimait largement le nombre réel d'EIAS [35,36]. Le personnel est souvent débordé par les soins et il ne dispose pas du temps nécessaire pour signaler les EIAS. De plus, les agents peuvent craindre des répercussions négatives sur leur carrière ou celle des personnels impliqués dans le dysfonctionnement. La revue systématique des dossiers consomme beaucoup de ressources et de temps lorsque le nombre de passages aux urgences est élevé. De plus, cette méthode peut être imprécise car les informations contenues dans les dossiers sont souvent incomplètes, complexes, parfois incohérentes.

La détection des événements sentinelles est automatisée et intégrée dans le système d'information hospitalier [37,38]. La détection de l'événement, tel que la prescription d'un antidote morphinique ou un résultat biologique anormal, déclenche une alerte qui entraîne l'analyse ciblée du dossier à la recherche d'un EIAS. Cette analyse est indispensable car tous les dossiers détectés ne contiennent pas l'EIAS recherché. Par exemple, l'antidote morphinique a pu être prescrit en raison d'une intoxication volontaire et non pour un surdosage involontaire. Les événements sentinelles performants détectent une proportion élevée d'EIAS délétères pour les patients. La méthode des « triggers » pour dépister les EIAS est reproductible, fiable, pertinente et peu coûteuse [36]. Elle a d'abord été développée pour améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés [36]. Elle est également utilisée dans les unités de soins intensifs et dans les prises en charge ambulatoires [39].

Les retours précoces aux urgences sont ou devraient être utilisés comme événement sentinelle pour dépister les EIAS à l'origine de retours précoces [40]. Ils dépistent plus d'EIAS et d'erreurs que les autres triggers utilisés dans un service d'urgence : plaintes, intubations aux urgences, décès ou mutations en soins intensifs dans les 24h suivant l'hospitalisation [41]. Afin d'augmenter la spécificité des retours précoces pour détecter des EIAS, l'analyse doit porter en priorité sur les retours survenant dans les deux ou trois jours suivant un premier passage non suivi d'hospitalisation, dans le même hôpital ou un hôpital différent, et suivis d'une hospitalisation lors du 2^e passage [19]. Ainsi, la probabilité de trouver des EIAS sera plus élevée.

Les événements sentinelles peuvent être également utilisés pour dépister les EIAS lors de la prise en charge des urgences préhospitalières. Une publication récente propose de surveiller les réintervention dans les 24h suivant un refus de transport parmi huit indicateurs testés dans les *Emergency Medical Services* anglosaxons [42]. Cet indicateur peut être considéré comme le pendant préhospitalier des retours précoces aux urgences

Programme d'action qualité pour étudier les retours précoces comme événements sentinelles

Le système d'information hospitalier doit être paramétré pour qu'il fournisse régulièrement la liste des retours précoces. Un médecin ou une infirmière compare les dossiers des retours et ceux du premier passage pour écarter les retours programmés ou sans rapport avec le premier passage. Puis un médecin analyse les dossiers sélectionnés pour rechercher les EIAS et les classer selon leur type (Tableau 4) et leur impact [3,43]. Enfin, les causes des EIAS doivent être déterminées pour identifier celles qui peuvent être corrigées. Ces étapes nécessitent de prendre l'avis de l'équipe ayant pris en charge le patient. Les actions d'amélioration sont ensuite priorisées, mises en place et évaluées.

L'analyse des dossiers doit suivre une procédure rigoureuse incluant la formation des investigateurs, la sélection protocolisée des cas, la définition des variables, la saisie des données sur un support formaté, des réunions régulières pour arbitrer les désaccords et revoir les règles de codage, le suivi des résultats, et la vérification de la concordance entre les investigateurs [44,45]. Le ministère de la santé d'Ontario au Canada propose un tableau informatisé pour faciliter la saisie et l'analyse des retours précoces et déterminer les actions susceptibles d'améliorer la qualité et la sécurité des soins [19].

Limites

Les articles sur les causes et les facteurs de risque des retours précoces aux urgences ont été sélectionnés en priorité. Ce

Tableau 4 Types d'événements indésirables évitables [3]

Diagnostic	Non prise en compte de signes, de symptômes, de résultats biologiques ou d'imagerie, ou absence de test diagnostique recommandé
Prise en charge	Prise en charge inadéquate malgré un diagnostic correct, ou en raison d'un diagnostic incorrect
Sortie	Risque de décès ou d'événement indésirable grave lié au retour au domicile
Suivi	Plan de soins post-urgences inapproprié
Traitement	Symptôme lié à un traitement prescrit de manière appropriée ou pas
Procédure	Effets indésirables liées à la procédure

travail n'est donc pas une revue systématique de la littérature qui recenserait toutes les publications sur ce sujet. De plus, la recherche n'a été faite que sur Medline. Cependant, cette mise au point devrait fournir des informations utiles au lecteur intéressé par l'étude des retours précoces dans son service dans le cadre d'une démarche qualité.

Conclusion

L'analyse des retours précoces aux urgences est utile dans le cadre de la démarche qualité, car elle permet de détecter des EIAS sévères, d'en préciser leurs causes et de mettre en place une démarche d'amélioration des pratiques. L'étude de retours précoces survenant dans les deux ou trois jours et nécessitant une hospitalisation est recommandée pour augmenter la probabilité de trouver des EIAS tout en limitant le nombre de dossiers à analyser. Cette revue sur les retours précoces devrait fournir une base pour améliorer la démarche qualité en médecine d'urgence tout en soulignant la nécessité de poursuivre les recherches pour faciliter la mise en place de ces programmes.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, et al (1989) Emergency department revisits. *Ann Emerg Med* 18:964–8
- Hu SC (1992) Analysis of patient revisits to the emergency department. *Am J Emerg Med* 10:366–70
- Calder L, Pozgay A, Riff S, et al (2015) Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Qual Saf* 24:142–8
- Fan JS, Kao WF, Yen DH, et al (2007) Risk factors and prognostic predictors of unexpected intensive care unit admission within 3 days after ED discharge. *Am J Emerg Med* 25:1009–14
- Hu KW, Lu YH, Lin HJ, et al (2012) Unscheduled return visits with and without admission post emergency department discharge. *J Emerg Med* 43:1110–8
- Haute Autorité de Santé (2015) Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias. Dernier accès le 25 novembre 2016
- Núñez S, Hexdall A, Aguirre-Jaime A (2006) Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *Qual Saf Health Care* 15:102–8
- Duseja R, Bardach NS, Lin GA, et al (2015) Revisit rates and associated costs after an emergency department encounter: a multistate analysis. *Ann Intern Med* 162:750–6
- Haute Autorité de Santé (2014) Manuel de certification. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf. Dernier accès le 18 décembre 2016
- Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, et al (2015) Return visits to the emergency department: the patient perspective. *Ann Emerg Med* 65:377–86.e3
- Pierce JM, Kellerman AL, Oster C (1990) Bounces: an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 19:752–7
- Liaw S, Bullard M, Hu P, et al (1999) Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. *J Formos Med Assoc* 98:422–5
- Wu CL, Wang FT, Chiang YC, et al (2010) Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *J Emerg Med* 38:512–7
- Pereira L, Choquet C, Perozziello A, et al (2015) Unscheduled return-visits after an emergency department (ED) attendance and clinical link between both visits in patients aged 75 years and over: a prospective observational study. *PLoS One* 10:e0123803
- McCusker J, Ionescu-Iltu R, Ciampi A, et al (2007) Hospital characteristics and emergency department care of older patients are associated with return visits. *Acad Emerg Med* 14:426–33
- Pham JC, Kirsch TD, Hill PM, et al (2011) Seventy-two-hour returns may not be a good indicator of safety in the emergency department: a national study. *Acad Emerg Med* 18:390–7
- Rising KL, Victor TW, Hollander JE, Carr BG (2014) Patient returns to the emergency department: the time-to-return curve. *Acad Emerg Med* 21:864–71
- Sabbatini AK, Kocher KE, Basu A, Hsia RY (2016) In-hospital outcomes and costs among patients hospitalized during a return visit to the emergency department. *JAMA* 315:663–71
- Health Quality Ontario (2016) The emergency department return visit quality program. <http://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Our-Programs/The-Emergency-Department-Return-Visit-Quality-Program>. Dernier accès le 19 décembre 2016
- Hughes G (2012) A&E quality indicators. *Emerg Med J* 29:90
- Shy BD, Kim EY, Genes NG, et al (2016) Increased identification of emergency department 72-hour returns using multihospital health information exchange. *Acad Emerg Med* 23:645–9
- Lerman B, Kobernick MS (1987) Return visits to the emergency department. *J Emerg Med* 5:359–62

23. Sauvin G, Freund Y, Saïdi K, et al (2013) Unscheduled return visits to the emergency department: consequences for triage. *Acad Emerg Med* 20:33–9
24. Gordon JA, An LC, Hayward RA, Williams BC (1998) Initial emergency department diagnosis and return visits: risk versus perception. *Ann Emerg Med* 32:569–73
25. Martin-Gill C, Reiser RC (2004) Risk factors for 72-hour admission to the ED. *Am J Emerg Med* 22:448–53
26. Chan AH, Ho SF, Fook-Chong SM, et al (2016) Characteristics of patients who made a return visit within 72 hours to the emergency department of a Singapore tertiary hospital. *Singapore Med J* 57:301–6
27. Abualenain J, Frohna WJ, Smith M, et al (2013) The prevalence of quality issues and adverse outcomes among 72-hour return admissions in the emergency department. *J Emerg Med* 45:281–8
28. Haute Autorité de Santé (2015) Validation des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456647/fr/validation-des-indicateurs-de-qualite-et-securite-des-soins. Dernier accès le 18 décembre 2016
29. Madsen M, Kiuru S, Castrèn M, Kurland L (2015) The level of evidence for emergency department performance indicators: systematic review. *Eur J Emerg Med* 22:298–305
30. Griffin F, Resar R (2009) IHI global trigger tool for measuring adverse events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. <http://www.ihf.org/resources/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.aspx>. Dernier accès le 16 décembre 2016
31. DH Urgent & Emergency Care (2010) A&E clinical quality indicators: Implementation guidance and data definitions. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122868. Dernier accès le 20 décembre 2016
32. Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, et al (2011) Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence based quality of care indicators. *CJEM* 13:300–9
33. Centers for Medicare & Medicaid Services (2016) Measures and current data collection periods. <https://www.medicare.gov/HospitalCompare/data/Data-Updated.html#MG3>. Dernier accès le 19 décembre 2016
34. Société Française de Médecine d'Urgence (2001) Critères d'évaluation des services d'urgence. http://www.sfmur.org/upload/referentielsSFMU/ref_mars2001.pdf. Dernier accès le 17 décembre 2016
35. Layde PM, Cortes LM, Teret SP, et al (2002) Patient safety efforts should focus on medical injuries. *JAMA* 287:1993–7
36. Rozich JD, Haraden CR, Resar RK (2003) Adverse drug event trigger tool: a practical methodology for measuring medication related harm. *Qual Saf Health Care* 12:194–200
37. Jick H (1974) Drugs--remarkably nontoxic. *N Engl J Med* 291:824–8
38. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Burke JP (1992) Description of a computerized adverse drug event monitor using a hospital information system. *Hosp Pharm* 27:774, 776–9, 783
39. Resar RK, Rozich JD, Classen D (2003) Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Qual Saf Health Care* 12(Suppl 2):ii39–45
40. Schuur JD, Hsia RY, Burstin H, et al (2013) Quality measurement in the emergency department: past and future. *Health Aff (Millwood)* 32:2129–38
41. Klasco RS, Wolfe RE, Wong M, et al (2015) Assessing the rates of error and adverse events in the ED. *Am J Emerg Med* 33:1786–9
42. Howard IL, Bowen JM, Al Shaikh LAH, et al (2017) Development of a trigger tool to identify adverse events and harm in emergency medical services. *Emerg Med J* [in press]
43. World Health Organization, Version (2009) Conceptual framework for the international classification for patient safety. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Dernier accès le 20 décembre 2016
44. Gilbert EH, Lowenstein SR, Koziol-McLain J, et al (1996) Chart reviews in emergency medicine research: Where are the methods? *Ann Emerg Med* 27:305–8
45. Klasco RS, Wolfe RE, Lee T, et al (2016) Can medical record reviewers reliably identify errors and adverse events in the ED? *Am J Emerg Med* 34:1043–8
46. Kuan WS, Mahadevan M (2009) Emergency unscheduled returns: can we do better? *Singapore Med J* 50:1068–71
47. Verelst S, Pierloot S, Desruelles D, et al (2014) Short-term unscheduled return visits of adult patients to the emergency department. *J Emerg Med* 47:131–9