

Rapport annuel 2013-2014 du Comité d'examen de la sécurité des patients

Bureau du coroner en chef
Province de l'Ontario

Novembre 2015



Table des matières

Message du président	i
Composition du Comité	ii
Historique	1
Mandat	1
Structure et taille du Comité	2
Limites	3
Récapitulatif des cas examinés en 2013-2014	4
Annexe A – Recommandations découlant des cas examinés en 2013-2014	6

Message du président



Le présent rapport du Comité d'examen de la sécurité des patients du Bureau du coroner en chef de l'Ontario traite des cas examinés en 2013-2014.

Au cours des deux dernières années, le Comité a examiné 13 décès (neuf en 2013 et quatre en 2014) mettant en cause des problèmes systémiques liés aux soins médicaux. En se fondant sur les cas à l'étude, le Comité a présenté au total 68 recommandations (48 en 2013 et 20 en 2014) visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. L'examen de deux des cas de 2014 a été reporté à l'année 2015; les résultats seront donc intégrés au prochain rapport annuel.

Les recommandations ont été regroupées en sept thèmes. En 2013 et 2014, les plus courants étaient la communication et la documentation, l'éducation, la formation et la recherche, et les politiques et procédures. Comme certains cas ou recommandations touchaient à plusieurs thèmes, il y a plus de thèmes indiqués que de cas et de recommandations.

Voici les principaux thèmes ressortis des cas examinés en 2013 : communication et documentation, éducation, formation et recherche, et politiques et procédures. En 2014, les thèmes les plus courants étaient la communication et la documentation, les politiques et procédures, et les ressources.

De plus, le D^r Dan Cass, qui a présidé le Comité pendant plusieurs années, mérite une mention spéciale pour ses conseils et son leadership, prisés de tous les membres. Son mandat de président s'est terminé en octobre 2014, et le D^r Craig Muir l'a remplacé pour le reste de l'année 2014. Tous deux dévoués aux principes de la sécurité des patients, leurs conseils ont été appréciés de tous leurs collègues. Les membres passés et actuels du Comité méritent aussi d'être remerciés pour les heures de travail dévoué et attentionné qu'ils ont investies pour améliorer la sécurité des patients partout dans la province.

Au nom du Comité, je vous remercie de votre intérêt envers la sécurité des patients et le travail du Comité d'examen de la sécurité des patients.

Reuven Jhirad, M.D., M.H.P., CCMF, FCMF, au nom des D^r Cass et Muir

Coroner en chef adjoint de l'Ontario

Président du Comité d'examen de la sécurité des patients

Composition du Comité

D^r Dan Cass

Président du Comité (2013 à octobre 2014)
Coroner en chef adjoint, investigations

D^r Craig Muir

Président du Comité (octobre à décembre 2014)
Coroner régional, Kingston

D^r Glenn Brown

Médecin de famille et directeur
Département de médecine familiale
Université Queen's

M^{me} Patti Cochrane

Vice-présidente des services aux patients, de la
qualité et des pratiques, et infirmière en chef
Trillium Health Partners (Mississauga)

D^r Kris Cunningham

Médecin légiste
Unité provinciale de médecine légale, Toronto
(anciennement directeur médical de l'Unité régionale
de médecine légale de Kingston)
Service de médecine légale de l'Ontario

D^r Jonathan Dreyer

Urgentiste et directeur de la recherche
Division de la médecine d'urgence
Université Western Ontario

M^{me} Julie Greenall

Chef des opérations intérimaire
Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments
du Canada

D^r Ian Herrick

Anesthésiste
Directeur de l'assurance de la qualité et de la
formation médicale continue
Département d'anesthésie et de médecine
périopératoire
Université Western Ontario
London Health Sciences Centre et St. Joseph's
Health Care, London

M^{me} Madelyn Law

Professeure adjointe
Département des sciences de la santé
communautaire
Université Brock

D^{re} Ann Matlow

Vice-présidente, Éducation
Hôpital Women's College
Directrice associée, Centre for Quality Improvement
and Patient Safety
Université de Toronto

D^r David Musson

Leader universitaire
Centre for Simulation-Based Learning
Université McMaster

D^r Michael Szul

Médecin-conseil et registraire associé
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
(membre d'office)

M. David U

Président-directeur général
Institut pour l'utilisation sécuritaire des
médicaments du Canada

M^{me} Kathy Kerr (2013)

M^{me} Tara McCord (2014)

Directrice
Bureau du coroner en chef

Historique

Il est d'usage qu'un coroner enquêteur, lorsqu'il découvre des problèmes ou préoccupations en matière de sécurité des patients dans le cadre d'une enquête, émette des recommandations individuelles ou mène une enquête publique sur les circonstances du décès. Toutefois, étant donné la complexité des incidents mettant en cause ce type de problèmes, des connaissances et une expertise spécialisées sont souvent requises pour bien saisir toutes les subtilités du cas. Les enquêtes peuvent d'ailleurs se dérouler plusieurs années après le décès, et il peut en outre être difficile pour le jury d'enquête, composé de personnes du grand public, de bien comprendre les détails médicaux complexes et donc de formuler des recommandations pratiques visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.

Le Comité d'examen de la sécurité des patients a été créé en 2005 pour combler ce besoin en connaissances et en expertise spécialisées, accélérer l'examen des cas du coroner ayant ou pouvant avoir des répercussions systémiques sur la sécurité des patients et, dans la mesure du possible, formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des conditions semblables.

Mandat

Le Comité d'examen de la sécurité des patients a pour mandat d'aider le Bureau du coroner en chef à examiner les cas de décès dans lesquels des erreurs d'ordre systémique dans les soins de santé semblent avoir joué un rôle important. Afin de prévenir des décès dans des circonstances similaires, il formule des recommandations que le coroner en chef de l'Ontario transmet aux organismes concernés. Le mandat de sécurité publique du Bureau du coroner est décrit dans la *Loi sur les coroners* :

Fonctions du coroner en chef

4. (1) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut nommer un coroner en chef de l'Ontario qui :
- (d) porte les conclusions et les recommandations des investigations des coroners et des jurys aux enquêtes des coroners à l'attention des personnes et des organismes et ministères du gouvernement appropriés.

Divulcation au public

18. (3) Le coroner en chef porte à l'attention du public, ou d'un segment du public, les conclusions et les recommandations d'une investigation d'un coroner, lesquelles peuvent comprendre des renseignements personnels au sens de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, s'il a des motifs raisonnables de croire qu'il est nécessaire de le faire dans l'intérêt de la sécurité publique. 2009, chap. 15, art. 10.

Dans le cadre du mandat du Comité, l'utilisation du terme « erreur » n'implique aucune responsabilité de la part d'une personne en particulier ou d'un organisme, ni un blâme à l'encontre de cette personne ou de cet organisme. Aux fins du travail du Comité, « erreur » s'entend d'une caractéristique organisationnelle qui permet la survenue d'événements indésirables (erreur latente) ou ne permet pas la détection d'écarts survenus dans le plan de soins prévu (erreur active). Une caractéristique organisationnelle peut être liée non seulement à la conception des processus de prestation des soins, mais aussi à la gestion de l'accès aux soins

(par exemple, des délais trop longs pour recevoir des soins). L'existence de telles erreurs ne signifie pas qu'une personne ou un organisme devrait être accusé et jugé responsable d'un résultat indésirable. Le mandat du Comité, comme celui du Bureau du coroner en chef, consiste à établir les faits et non à trouver des coupables.

Voici les objectifs du Comité durant la période couverte par le rapport :

1. Fournir une opinion d'expert sur la cause et les circonstances du décès lorsque celui-ci est lié aux soins de santé et que des erreurs organisationnelles semblent avoir joué un rôle important.
2. Aider les coroners à améliorer leurs investigations sur les décès survenus dans le cadre du réseau de soins de santé, ou liés à celui-ci, et dans lesquels il semble que des erreurs organisationnelles se soient produites.
3. Encourager les activités de formation des professionnels en relevant les problèmes systémiques, en les communiquant aux organismes appropriés pour qu'ils prennent les mesures qui s'imposent, en collaborant avec les organismes de réglementation professionnelle et en publiant un rapport annuel, la diffusion rapide de l'information étant toujours privilégiée.
4. Fournir, sur demande, des témoignages d'experts lors des enquêtes du coroner.
5. Effectuer ou promouvoir des recherches, s'il y a lieu.
6. Procéder à l'examen de cas sélectionnés au hasard ou selon des directives, à la demande du président du Comité.
7. Aider à déterminer la présence ou l'absence de questions, de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques dans chaque cas examiné, afin de faciliter la formulation de recommandations appropriées de prévention.

Structure et taille du Comité

Le Comité est composé d'éminents spécialistes de diverses disciplines liées aux soins de santé. Dans la mesure du possible, la composition du Comité est équilibrée de façon à être représentative des diverses régions de la province et de tous les niveaux d'institutions, y compris les centres d'enseignement. Selon les besoins, le président peut inviter d'autres personnes ayant une expertise ou des connaissances particulières à participer au travail du Comité.

En 2013-2014, le Comité comptait divers professionnels de la santé possédant une grande expérience dans le domaine de la sécurité des patients, dont le président et la directrice. La composition du Comité est examinée régulièrement par le président du Comité et le coroner en chef, qui s'assurent notamment de sa représentation équilibrée, comme il se doit.

Limites

Le Comité a une fonction consultative et peut présenter des recommandations par l'intermédiaire de son président. S'il est vrai que le rapport final du Comité est limité par les données dont il dispose, aucun effort n'est ménagé pour obtenir toutes les données pouvant servir à l'enquête. Enfin, le Comité n'a pas comme mandat de rouvrir des enquêtes (p. ex., procédure criminelle) ayant été menées par le passé.

Les renseignements recueillis et examinés par le Comité ainsi que le rapport final rédigé ne servent qu'aux fins de l'enquête du coroner, conformément à l'article 15 (4) de la *Loi sur les coroners*, L.R.O. 1990, chap. C.37, dans sa version modifiée.

Tous les renseignements obtenus dans le cadre des enquêtes du coroner et transmis au Comité sont assujettis aux restrictions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels de la *Loi sur les coroners* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée de l'Ontario*. À moins de la tenue d'une enquête sur un ou des décès particuliers, et jusqu'à la tenue de cette enquête, les intérêts des défunts en matière de confidentialité et de respect des renseignements personnels et des personnes concernées par les circonstances du décès prévaudront. Par conséquent, les rapports individuels, les comptes rendus de réunion d'examen et tout autre document ou rapport produit par le Comité sont confidentiels et ne seront pas rendus publics.

Chaque membre du Comité est lié par une entente de confidentialité qui reconnaît ces intérêts et restrictions.

Les membres du Comité n'expriment aucune opinion sur les cas examinés ailleurs que dans le cadre du système des coroners. Plus précisément, les membres du Comité ne peuvent pas témoigner à titre d'experts dans un procès civil portant sur un cas examiné par le Comité.

Par ailleurs, les membres ne participent pas aux analyses ni à la rédaction des rapports sur les cas cliniques pour lesquels ils ont (ou pourraient avoir) un conflit d'intérêts, réel ou perçu, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

Les rapports médicaux, les versions préliminaires et finales des rapports, de même que les procès-verbaux des réunions, sont des documents confidentiels.

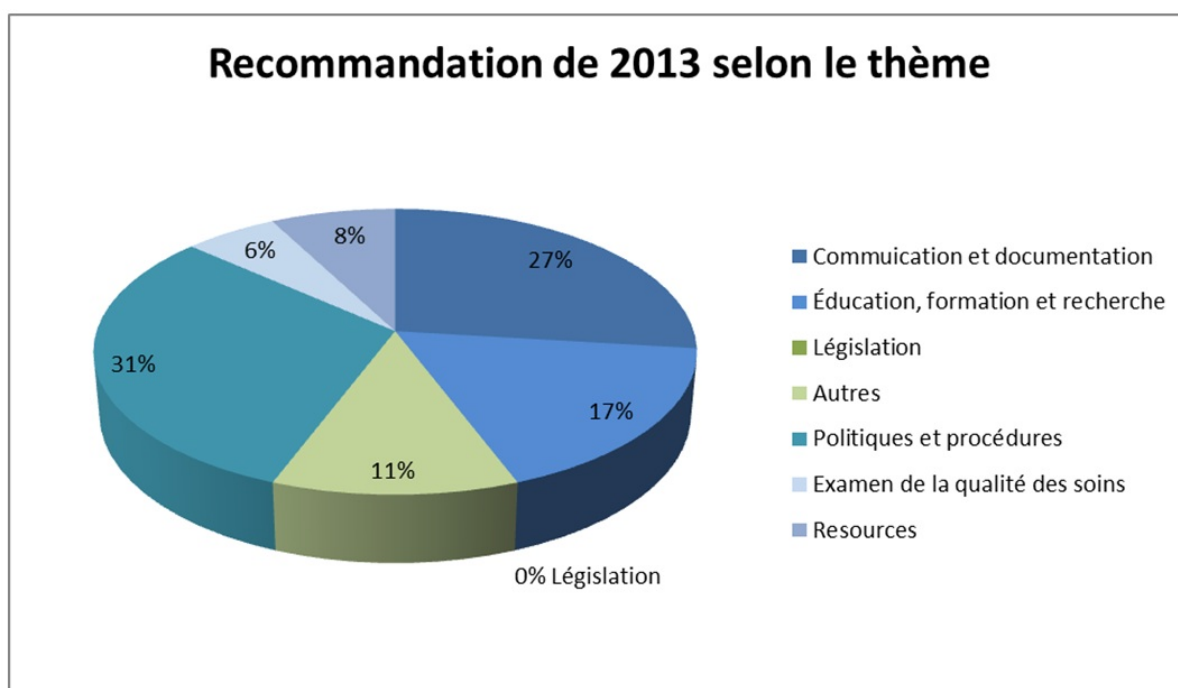
Récapitulatif des cas examinés en 2013-2014

Le Comité s'est penché sur neuf cas mettant en cause la sécurité des patients en 2013, et quatre en 2014. L'étude de deux cas soumis en 2014 a été reportée à l'année suivante; ceux-ci ne font donc pas partie du nombre de cas examinés en 2014. Le Comité a formulé, à la lumière des cas à l'étude, 48 recommandations en 2013, et 20 en 2014. Ces recommandations ont été regroupées dans les catégories suivantes :

- Communication et documentation;
- Éducation, formation et recherche;
- Législation;
- Politiques et procédures;
- Examen de la qualité des soins;
- Ressources;
- Autres.

En 2013, la majeure partie des cas touchaient à la communication et à la documentation, à l'éducation, à la formation et à la recherche, et aux politiques et procédures, et en 2014, à la communication et à la documentation, aux politiques et procédures, et aux ressources. Un résumé des recommandations portant sur les cas de 2013-2014 se trouve à l'annexe A.

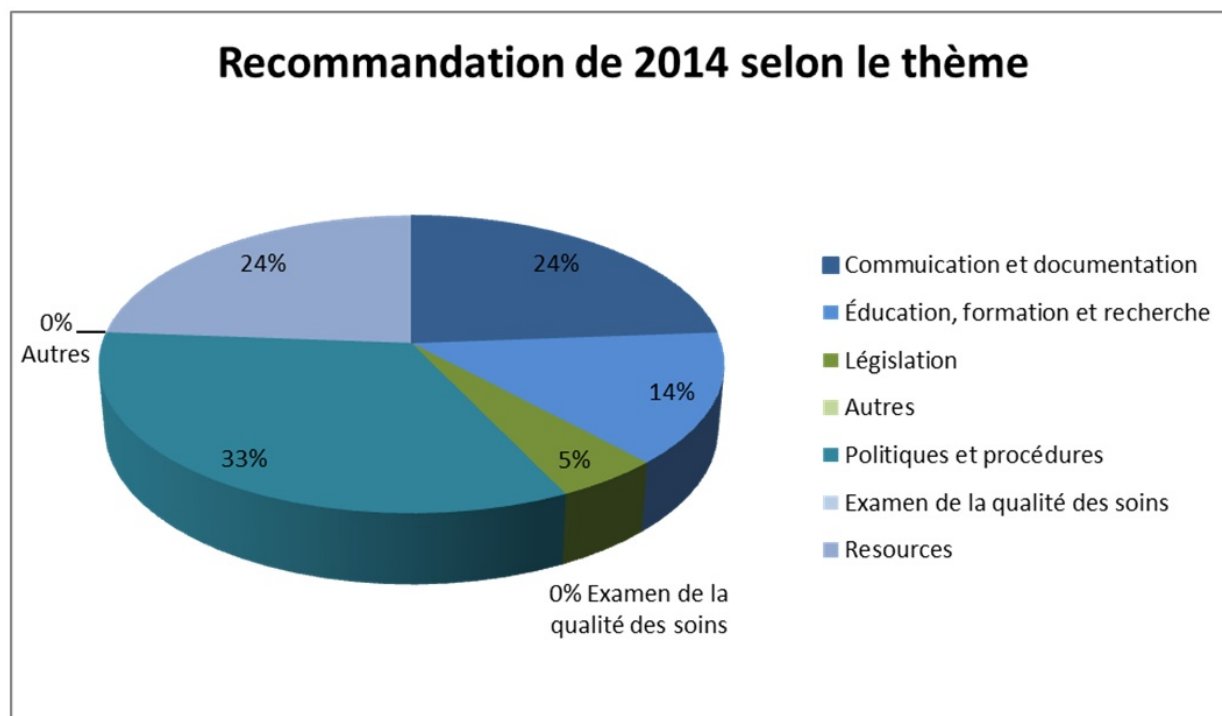
Figure 1 – Recommandations de 2013 selon le thème



La **figure 1** montre la répartition des thèmes associés aux recommandations découlant des cas liés à la sécurité des patients que le Comité a étudiés en 2013. Les politiques et procédures étaient le thème le plus courant (31 %), suivi de la communication et de la documentation (27 %), de l'éducation, de la formation et de

la recherche (17 %), de la catégorie « Autres » (11 %), des ressources (8 %) et de l'examen de la qualité des soins (3 %). Aucun cas ne touchait à la législation. Fait à noter, certaines recommandations traitaient de plus d'un thème.

Figure 2 – Recommandations de 2014 selon le thème



La **figure 2** présente la répartition des thèmes associés aux recommandations découlant des cas relatifs à la sécurité des patients que le Comité a étudiés en 2014. Le thème le plus courant était les politiques et procédures (33 %), suivi de la communication et de la documentation (24 %), des ressources (24 %), de l'éducation, de la formation et de la recherche (14 %), et de la législation (5 %). Aucun cas n'entrait dans les catégories de l'examen de la qualité des soins ou « Autres ». Fait à noter, certaines recommandations traitaient de plus d'un thème.

Annexe A

Recommandations de 2013 du Comité

N° de dossier du Comité	Recommandations
2013-01	1. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à l'Association médicale de l'Ontario : Effectuer une thromboprophylaxie dès que possible après l'admission à l'hôpital d'un patient pour lequel ce traitement est indiqué. Thème : Examen de la qualité des soins 2. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à l'Association médicale de l'Ontario : Accorder plus de poids à la possibilité qu'une embolie pulmonaire soit à l'origine d'une hypoxie et d'une tachycardie soudaines et inexplicables chez un patient immobilisé pendant une certaine période, même si ce dernier recevait un traitement anticoagulant conventionnel pour prévenir la thrombo-embolie veineuse. Thème : Éducation, formation et recherche 3. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à l'Association médicale de l'Ontario : Les hôpitaux doivent passer régulièrement en revue les stocks d'antidotes, et ce, au moins une fois par année. Si un hôpital ne garde pas de stocks d'un antidote en particulier, il doit mettre un plan à la disposition du personnel pour veiller à ce que ce produit puisse être obtenu rapidement, à n'importe quel moment, auprès d'un autre établissement ou d'une autre source. Thème : Ressources 4. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à l'Association médicale de l'Ontario : Envisager un sevrage alcoolique lorsqu'un patient admis à l'hôpital dans les cinq jours précédents présente des symptômes comme de la tachycardie, de l'hypertension, des tremblements, de la confusion, de la désorientation ou des hallucinations. En pareil cas, il faut évaluer et prendre le cas en charge au moyen de protocoles reconnus, comme l'échelle d'évaluation Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Adult Revised (CIWA-Ar) et un traitement des symptômes à l'aide de benzodiazépines. Thème : Éducation, formation et recherche
2013-02	1. À l'hôpital A : Se pencher sur les questions supplémentaires de l'examineur du Comité responsable du cas et y répondre, et présenter un compte rendu au Comité concernant les mesures prises à la suite de l'examen interne. Thème : Examen de la qualité des soins 2. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Envisager d'automatiser en priorité les processus dans les aires de soins intensifs (p. ex., installation de machines distributrices et vérification du code à barres des médicaments administrés) en raison de la grande quantité de stocks qui y est utilisée. Thème : Ressources

N° de dossier du Comité	Recommandations
	3. À l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada : Dresser la liste des médicaments dont l'injection en bol intraveineux peut s'avérer mortelle, et présenter des recommandations aux fabricants et aux pharmacies concernant l'étiquetage ou d'autres indications en vue de réduire la probabilité que ces médicaments soient administrés par erreur au moyen d'une injection en bol intraveineux. Thème : Autres 4. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association médicale de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Établir des processus, comme des retours sur les incidents critiques et des programmes d'aide aux employés, pour soutenir psychologiquement le personnel impliqué dans des incidents. Thèmes : Autres, et politiques et procédures
2013-03	1. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux : Utiliser des pompes intelligentes comprenant des limites de doses minimales et maximales pour administrer des perfusions de médicaments à risques élevés, comme le propofol. En l'absence de ce type de technologie, veiller à ce que les examens indépendants comprennent une vérification de la programmation des pompes. Thème : Politiques et procédures 2. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux : Harmoniser la programmation des pompes intelligentes dans toutes les aires de l'hôpital et installer en priorité la technologie requise pour mettre à jour toutes les pompes simultanément à l'aide d'une connexion sans fil. Thème : Politiques et procédures 3. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux : Créer un ensemble de modèles d'ordonnances pour guider l'administration des médicaments à risques élevés, comme le propofol. Thème : Politiques et procédures 4. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Élaborer des processus visant à favoriser la prestation de soins sécuritaires aux patients admis à l'urgence quand le service des soins intensifs n'a plus de lits disponibles. Il peut s'agir notamment de protocoles de transfert rapide au service des soins intensifs, de prestation de soins aux patients du service des soins intensifs transférés à l'urgence par les infirmières des soins intensifs, et d'utilisation de pompes intelligentes et d'autres technologies pour atténuer les dangers lorsque des médicaments à risques élevés sont utilisés à l'urgence. Thème : Politiques et procédures

N° de dossier du Comité	Recommandations
	5. À l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada : Étudier le problème d'étiquetage et d'emballage associé à ce produit (c.-à-d. étiquette non conçue pour être lue lorsque le contenant est à l'envers). Thème : Autres 6. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association médicale de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Établir des processus, comme des retours sur les incidents critiques et des programmes d'aide aux employés, pour soutenir psychologiquement le personnel impliqué dans des incidents. Thème : Politiques et procédures
2013-04	1. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : Passer en revue les processus d'administration de médicaments pour repérer et éliminer les obstacles empêchant d'apporter le registre d'administration des médicaments au chevet des patients lors de l'emploi de médicaments. Thème : Politiques et procédures 2. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : Assurer une utilisation constante de deux identificateurs de patients à toutes les étapes du processus de médication. Thème : Politiques et procédures 3. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association médicale de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Si l'état clinique d'un patient change soudainement, envisager une erreur médicale dans le cadre du diagnostic différentiel. Thème : Éducation, formation et recherche 4. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association médicale de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Vérifier régulièrement la glycémie des patients dont le niveau de conscience change brusquement. Thème : Éducation, formation et recherche 5. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association médicale de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Évaluer les pratiques actuelles d'identification des employés, rappeler au personnel de porter son insigne d'identité de manière à ce que les patients et leur famille puissent le voir, et veiller à créer une culture où les travailleurs de la santé se présentent aux patients et à leur famille. Thème : Communication et documentation

N° de dossier du Comité	Recommandations
	6. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association médicale de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Établir des processus, comme des retours sur les incidents critiques et des programmes d'aide aux employés, pour soutenir psychologiquement le personnel impliqué dans des incidents. Thème : Politiques et procédures 7. À l'Association des chefs de police de l'Ontario : Les enquêteurs de police effectuant des interrogatoires dans un établissement de soins de santé doivent être conscients des effets négatifs que peut avoir un interrogatoire trop agressif sur le personnel et sa volonté de participer à l'enquête et à la rédaction du rapport subséquent sur les erreurs médicales commises. Thème : Communication et documentation 8. À l'Association des chefs de police de l'Ontario : Quand la police enquête sur un décès (que ce soit sous l'égide d'un coroner ou dans le cadre d'une enquête criminelle), envisager de faire appel à des fournisseurs de soins de santé pouvant la renseigner et guider concernant certains problèmes médicaux et champs d'enquête pertinents. La police pourra ainsi cibler plus efficacement son enquête. Thème : Communication et documentation
2013-05	1. À l'hôpital A : Procéder à un examen des soins prodigués dans le cas en question, soit notamment : a. déterminer si le personnel a mis trop de temps à accéder aux dossiers médicaux, et si c'est le cas, établir si le problème à l'origine de ce délai peut être résolu. Si possible, créer des processus favorisant un accès rapide aux dossiers médicaux. b. déterminer si le personnel a envisagé qu'un changement important de l'hémostase pouvait avoir causé la dégradation drastique de l'état du patient et s'il en a cherché la cause. Cette évaluation doit être effectuée dans l'optique de repérer des protocoles ou des pratiques exemplaires qui permettront de prendre en charge des patients dans un état similaire à l'avenir. Thème : Examen de la qualité des soins 2. Au Bureau du coroner en chef : Communiquer avec l'Association canadienne interprofessionnelle du dossier de santé (CHIMA) pour chercher des occasions de concevoir conjointement une méthode normalisée d'organisation des dossiers médicaux transmis en format électronique afin d'appuyer la réalisation d'examen cliniques sur la qualité et la sécurité des soins de santé. Thèmes : Politiques et procédures, et communication et documentation
2013-06	1. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Les conseils d'administration des hôpitaux doivent mener les consultations appropriées (y compris auprès des comités consultatifs médicaux) lorsqu'ils instaurent des politiques influant sur la prestation des soins aux patients. Thème : Communication et documentation

N° de dossier du Comité	Recommandations
	2. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Tous les hôpitaux doivent élaborer des politiques et protocoles clairs qui définissent le rôle des équipes des hôpitaux responsables de certains codes d'urgence et les ressources locales de services médicaux d'urgence offertes hors de l'hôpital. Ces protocoles doivent comprendre des processus qui aideront les premiers intervenants des services médicaux d'urgence à se rendre rapidement aux côtés du patient, outillés de renseignements exacts et des ressources nécessaires. Thème : Politiques et procédures 3. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Les hôpitaux doivent réaliser des exercices pour tester et améliorer leur intervention en cas d'urgence médicale sur des lieux inhabituels dans le cadre des processus d'amélioration continue de la qualité et d'intervention d'urgence. Thème : Éducation, formation et recherche
2013-07	1. Au ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Mettre sur pied un groupe de travail qui aura pour mandat de définir des normes à l'intention des médecins et des infirmières praticiennes concernant la prescription d'opioïdes et de benzodiazépines. Les lignes directrices canadiennes doivent être adaptées au contexte des Territoires du Nord-Ouest, dont la population affiche une forte prévalence de troubles liés aux substances et où une grande partie des soins est prodiguée par des médecins remplaçants ayant des contrats à court terme. Thème : Politiques et procédures 2. Au ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Revoir les critères d'admissibilité à l'assurance-maladie du ministère relatifs à la Suboxone afin que tous les patients ayant besoin de ce médicament puissent en recevoir. Thème : Autres 3. Au ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Créer un groupe de travail ayant pour mandat de définir des lignes directrices et des normes au sujet de la prise en charge médicale de la dépendance aux opioïdes. Les lignes directrices actuelles relatives à la prescription et à l'administration de Suboxone doivent être adaptées au contexte des Territoires du Nord-Ouest. Thème : Politiques et procédures 4. Lors de l'établissement de services de traitement de la toxicomanie, les huit autorités régionales de la santé des Territoires du Nord-Ouest doivent travailler en étroite collaboration avec les collectivités des Premières Nations et leurs conseils de bande. Thème : Communication et documentation 5. Au ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Offrir de la formation aux médecins et aux infirmières praticiennes sur la prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, ainsi que la détection et la prise en charge de l'abus d'opioïdes et de la dépendance à ces substances. Cette formation pourrait être fournie à distance. Thème : Éducation, formation et recherche

N° de dossier du Comité	Recommandations
	6. Au ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Donner accès aux médecins et aux infirmières à un réseau de soutien clinique à distance pour les aider à gérer la prescription d’opioïdes et la dépendance à ces substances. Thème : Communication et documentation 7. Au ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest : Prendre les dispositions nécessaires pour qu’un ou plusieurs médecins et infirmières praticiennes reçoivent une formation plus intensive sur la prescription de Suboxone, les thérapies structurées aux opioïdes et la réduction des doses de benzodiazépines. Thème : Éducation, formation et recherche
2013-08	1. À l’hôpital A, à l’Association des hôpitaux de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d’hôpitaux : Lorsqu’un débit de perfusion continue a été prescrit, intégrer cette information dans les registres d’administration des médicaments des pharmacies pour guider la programmation des pompes. Thème : Communication et documentation 2. À l’hôpital A, à l’Association des hôpitaux de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d’hôpitaux : Lorsqu’une feuille de soins ou un document équivalent est utilisé pour programmer une pompe d’analgésie contrôlée par le patient, transcrire l’ordonnance sur la feuille de soins à titre informatif (en utilisant une procédure de double vérification). Thème : Communication et documentation 3. À l’hôpital A, à l’Association des hôpitaux de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d’hôpitaux : Instaurer des pratiques de double vérification indépendante de la programmation des pompes à perfusion employées pour administrer des opioïdes et d’autres médicaments à risques élevés. Thème : Politiques et procédures 4. À l’hôpital A, à l’Association des hôpitaux de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers de l’Ontario, à l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d’hôpitaux : Créer un processus où le personnel, à chaque changement de quart, vérifie les prescriptions de perfusions en les comparant à l’ordonnance originale ou à un registre d’administration des médicaments ayant fait l’objet d’une vérification indépendante. Thème : Communication et documentation

N° de dossier du Comité	Recommandations
	5. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux : Veiller à ce que le processus de vérification quotidienne comprenne une comparaison de l'ordonnance originale avec les registres d'administration des médicaments manuscrits et des pharmacies, y compris le médicament, la dose, la concentration, le débit, la fréquence et les paramètres concernant les percées de douleur. Thème : Communication et documentation 6. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et à la section ontarienne de la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux : Exiger que les prescriptions de perfusion d'opioïdes fassent l'objet d'un examen clinique d'un pharmacien comportant une évaluation des anciennes administrations d'opioïdes. Thème : Communication et documentation 7. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario : Renseigner les cliniciens sur la définition du concept de tolérance aux opioïdes, et examiner les caractéristiques et les comorbidités du patient pouvant nécessiter une réduction de la dose d'opioïdes. Cette information peut être intégrée non seulement aux initiatives de formation continue, mais aussi dans un protocole de soins palliatifs. Thème : Éducation, formation et recherche
2013-09	1. À l'hôpital A : Revoir les politiques et procédures de transfert de soins pour les patients en attente d'un transfert. L'état du patient, ainsi que les renseignements sur le mode de transport et le degré d'urgence et la raison du transfert doivent être communiqués au médecin traitant si le médecin responsable de l'admission ou du transfert n'est pas sur place. Le personnel doit toujours savoir clairement qui est le principal médecin responsable du patient. Thèmes : Politiques et procédures, et communication et documentation 2. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à Criticall Ontario, aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée : Mieux coordonner et gérer l'accès des patients atteints d'obésité morbide à des soins d'urgence ou très urgents. Thème : Ressources 3. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, à Criticall Ontario, aux réseaux locaux d'intégration des services de santé, et au ministère de la Santé et des Soins de longue durée : Assurer un accès rapide aux lits des services de soins intensifs pour les patients en danger de mort. Thème : Ressources

N° de dossier du Comité	Recommandations
	4. À l'Association des hôpitaux de l'Ontario, et aux divisions de médecine générale et familiale et de médecine d'urgence de l'Association médicale de l'Ontario : Créer ou améliorer les processus existants visant à prévoir un suivi adéquat des soins de base à la suite de visites à l'urgence, en particulier chez les patients qui consultent à répétition pour le même problème. Thème : Politiques et procédures 5. À l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et à l'Association médicale de l'Ontario : Rappeler aux médecins les difficultés que pose l'évaluation clinique des patients atteints d'obésité morbide, qui peuvent conduire à une sous-évaluation de la gravité de l'état de ces derniers. Thème : Éducation, formation et recherche
2013-10	1. À l'hôpital A : L'hôpital A a mené un examen approfondi à la suite du décès et a réglé certains des problèmes décelés. Comme le Comité ne disposait pas des résultats de cet examen, voici ses recommandations par rapport aux problèmes qu'il a relevés : a. Consigner les soins infirmiers et faire un suivi, notamment aviser le médecin traitant si quelque chose ne va pas. b. Effectuer des évaluations cliniques pendant le quart de nuit, y compris consigner adéquatement les évaluations régulières de l'état des patients. c. Mettre en place une politique favorisant la consignation des réactions allergiques associées à chacun des allergènes connus, ou la rédaction d'une note claire sur le manque d'information à ce sujet et d'un plan de mesures correctives. d. Examiner l'assistance respiratoire pendant les manœuvres de réanimation et éliminer les obstacles à une intubation rapide, le cas échéant. Thèmes : Communication et documentation, et autres 2. Au coronar régional : À la découverte d'une cardiomégalie d'origine inconnue lors d'un examen post mortem, suggérer aux parents au premier degré de se faire examiner par un cardiologue, leur fournir des conseils sur les risques et faire un suivi, au besoin. Thème : Politiques et procédures

Recommandations de 2014 du Comité

N° de dossier du Comité	Recommandations
2014-01	<i>L'examen du cas a été reporté à l'année suivante.</i>
2014-02	1. À l'hôpital A et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Il est recommandé de rendre accessibles en tout temps les tests d'imagerie diagnostique importants, en particulier ceux de tomographie par ordinateur, pour que le personnel puisse obtenir des indications urgentes en fonction de l'évaluation des services spécialisés. Thème : Ressources

N° de dossier du Comité	Recommandations
	2. À l'hôpital A et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Tous les hôpitaux faisant appel à des étudiants en médecine doivent établir des politiques ou réviser celles existantes afin d'exiger une notification rapide des spécialistes membres du personnel lorsqu'un patient se fait diagnostiquer un état potentiellement grave. Thème : Politiques et procédures 3. À l'hôpital A et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Les hôpitaux doivent continuer de tenter de réduire ou d'éliminer les délais d'admission des patients arrivant par ambulance. En cas de délai d'admission, les hôpitaux doivent, dans la mesure du possible, effectuer rapidement les évaluations urgentes des patients (comme les tests de laboratoire et les examens physiques), quitte à les réaliser sur la civière de l'ambulance. Thème : Ressources
2014-03	1. À l'hôpital A, à l'Ontario Association of Radiologists et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Les hôpitaux doivent clairement indiquer, sans ambiguïté possible, la date et l'heure des radiographies et autres formes d'imageries, et ce, directement sur le document. Idéalement, l'imagerie doit être annotée automatiquement, sans intervention humaine. Thème : Communication et documentation 2. À l'hôpital A, à l'Ontario Association of Radiologists et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Les systèmes d'imagerie électronique (systèmes d'archivage et de transmission d'images) doivent indiquer clairement quand les images ont été demandées ou prises – avant d'être visionnées – pour réduire les risques de confusion. Thème : Communication et documentation 3. À l'hôpital A, à l'Ontario Association of Radiologists et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Les hôpitaux doivent instaurer des processus selon lesquels le radiologue qui examine l'imagerie diagnostique doit communiquer sans délai les détails importants qu'il y relève (y compris le mauvais positionnement de sondes d'alimentation) directement au personnel clinique responsable. Thème : Politiques et procédures 4. À l'hôpital A, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario : Il faut prendre des notes sur toutes les interventions invasives, notamment indiquer les renseignements suivants : • Nom et poste (p. ex., étudiant en médecine, résident en troisième année, médecin membre du personnel) de la personne exécutant l'intervention et de la personne assurant la supervision (le cas échéant); • Explication des risques et de la manière dont le consentement a été obtenu, et nom de la personne ayant donné le consentement; • Complications, le cas échéant; • Nom et poste de la personne qui vérifie l'installation du dispositif (sonde d'alimentation, cathéter central, etc.), le cas échéant. Thèmes : Communication et documentation, et politiques et procédures

N° de dossier du Comité	Recommandations
	5. À l'hôpital A et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Les hôpitaux doivent créer des politiques (ou réviser celles existantes) concernant le recours à des aides-soignants dans le but précis de cerner et de combler les besoins des patients pendant les transitions (c.-à-d. modification des services et transfert dans un autre service ou établissement). Thème : Politiques et procédures
2014-04	1. À l'hôpital A, à l'hôpital B et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : Tous les hôpitaux faisant appel à des systèmes de thérapie par pression négative pour le traitement de plaies doivent concevoir des politiques, des procédures et des outils cliniques (ou modifier ceux existants), comme un ensemble de modèles d'ordonnances normalisés et le transfert de documentation sur les soins, pour aider les cliniciens à utiliser ces appareils. Ces documents doivent notamment présenter les renseignements suivants : a. Utilisation appropriée des systèmes de thérapie par pression négative pour le traitement de plaies; b. Indications et contre-indications (relatives et absolues); c. Dépannage; d. Urgences, par exemple une hémorragie. Ces politiques, ces procédures et ces outils cliniques doivent étayer une formation adéquate des cliniciens sur l'emploi des appareils, sans toutefois la remplacer. Thème : Politiques et procédures 2. À l'hôpital A, à l'hôpital B et à l'Association des hôpitaux de l'Ontario : En cas de recours à des systèmes de thérapie par pression négative pour le traitement d'une zone de greffe infectée, il faut consulter toute l'équipe offrant des soins de santé au patient et consigner le contenu des discussions sur les risques d'hémorragie et les mesures d'urgence à prendre en pareil cas. Il faut également informer les patients des symptômes à surveiller et de la nécessité d'alerter le personnel clinique de toute urgence s'ils présentent des signes d'hémorragie. Ces renseignements doivent être transmis explicitement à chaque transition dans les soins. Thème : Communication et documentation 3. À l'hôpital B : Si cela n'a pas déjà été fait, signaler le cas à Santé Canada en tant qu'incident grave mettant en cause un appareil médical. Thème : Communication et documentation 4. À Santé Canada : Publier un avis de sécurité au sujet des risques d'hémorragie associés à l'utilisation de systèmes de thérapie par pression négative dans certains cas cliniques. Thème : Législation
2014-05	<i>L'examen du cas a été reporté à l'année suivante.</i>
2014-06	1. Aux postes de soins infirmiers : Offrir des analyses hors laboratoire pour améliorer le niveau de soins pouvant être fourni en région éloignée, notamment des hémogrammes, des rapports internationaux normalisés et des tests d'électrolytes, d'urée, de créatinine, de glycémie, de fonction hépatique, d'albumine, de calcium, d'amylase, de créatine kinase et de troponine. Thème : Ressources

N° de dossier du Comité	Recommandations
	2. Aux postes de soins infirmiers : Des aspirateurs en état de marche doivent être disponibles en tout temps dans les postes de soins infirmiers. Thème : Ressources 3. Aux postes de soins infirmiers : Le personnel médical et infirmier s’occupant d’alcooliques chroniques doit connaître les risques accrus d’intoxication à l’acétaminophène que présentent ces personnes. Thème : Éducation, formation et recherche 4. Aux postes de soins infirmiers : Étudier les politiques et procédures de transfert des patients des postes de soins infirmiers aux centres de soins régionaux ou tertiaires. Cet examen doit englober les facteurs de transfert (notamment la nécessité d’effectuer rapidement des évaluations, lesquelles ne sont pas offertes dans les postes de soins infirmiers). Thème : Politiques et procédures 5. Au secteur du transport sanitaire aérien : Les équipes responsables du transport doivent vérifier l’équipement tous les jours en fonction d’une liste préétablie de matériel requis (p. ex., tubes de prélèvement sanguin). Thème : Politiques et procédures 6. Au secteur du transport sanitaire aérien : L’équipement de surveillance doit permettre d’évaluer la pression sanguine, le pouls et la saturation en oxygène en tout temps, même s’il y a du bruit et des vibrations dans l’aéronef. Thème : Ressources 7. Au secteur du transport sanitaire aérien : Les équipes doivent recevoir une formation en cours d’emploi pour se familiariser avec l’équipement qu’elles transportent, comme les tuyaux flexibles pour la transfusion de sang et l’arrivée d’oxygène de l’insufflateur. Thème : Éducation, formation et recherche 8. Aux médecins responsables du transport de patients : Les médecins qui conseillent le personnel paramédical sur place ou à distance doivent connaître les lignes directrices sur l’assistance respiratoire des patients dans un état grave, y compris la nécessité de protéger les voies respiratoires lorsque le niveau de conscience est en baisse, et de contrôler la ventilation des patients en état de choc lorsque l’irrigation et l’oxygénation des tissus sont déficientes. Thème : Éducation, formation et recherche

**Vous pouvez soumettre vos questions ou commentaires sur le présent rapport
aux coordonnées suivantes :**

Comité d'examen de la sécurité des patients
Bureau du coroner en chef
25, avenue Morton Shulman
Toronto (Ontario) M3M 0B1
occ.inquiries@ontario.ca