

Comité d'examen de la sécurité des patients Rapport annuel 2015-2018



Table des matières

Message du président	1
Composition	2
Historique	3
Mandat	3
Structure et taille	5
Limites	5
Recommandations et réponses	6
Résumés des cas examinés pour 2015-2018	7
Leçons tirées des examens	9
Annexe A	
Résumés des cas et recommandations – 2015	10
Résumés des cas et recommandations – 2016	15
Résumés des cas et recommandations – 2017	20
Résumés des cas et recommandations – 2018	29

Message du président



Le présent rapport du Comité d'examen de la sécurité des patients du Bureau du coroner en chef (BCC) traite des cas examinés de 2015 à 2018 inclusivement.

Au cours des quatre dernières années, le Comité a examiné 28 décès mettant en cause des problèmes systémiques liés aux soins médicaux. À partir de l'examen de ces cas, le Comité a formulé 139 recommandations visant à prévenir d'autres décès.

L'étude de ces décès sous l'angle de l'amélioration de la sécurité des patients est cruciale pour la prévention des décès évitables. C'est en analysant ces cas que nous pouvons

mettre au point et améliorer des approches préventives pour prévenir la morbidité et la mortalité dans l'avenir.

Le Comité est composé de membres réguliers et invités qui contribuent à une analyse des cas ouverte et exempte de jugement. C'est par l'analyse, la discussion et la connaissance du système de santé de l'Ontario que les recommandations sont formulées. Nous souhaitons privilégier la qualité des recommandations, et non leur quantité. En effet, des recommandations efficaces et claires peuvent être une importante occasion d'apprentissage et de changement au sein du système de santé, ce qui devrait en retour faciliter les changements visant à améliorer la sécurité des patients.

L'apprentissage systémique vise à prioriser les soins du patient (ainsi que de ses proches), ce qui ne peut se faire que par une analyse impartiale et ouverte des politiques organisationnelles, de l'octroi et de l'utilisation des ressources, du recours à des protocoles de soins fondés sur des données probantes, des politiques de communication axées sur le patient et d'un système de déclaration, d'analyse et de gestion des incidents à visée éducative. Ces processus, combinés à des mesures appropriées de prévention et d'atténuation des risques, feront en sorte que la prestation des soins de santé de la province soit résiliente, adaptée et efficace, aujourd'hui et demain.

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

Coroner en chef adjoint

Président du Comité d'examen de la sécurité des patients

Composition

D^r Reuven Jhirad

Président du Comité d'examen de la sécurité des patients
Coroner en chef adjoint
Bureau du coroner en chef

D^r Jonathan Dreyer

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

Julie Greenall

Directrice des projets et de l'éducation
Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada)

D^r Ashwyn Rajagopalan

Médecin légiste
Service de médecine légale de l'Ontario

Liz Siydock

Coordonnatrice de la liaison avec les familles
Bureau du coroner en chef et
Unité de médecine légale de l'Ontario

D^r Peter Kraus

Spécialiste en médecine interne
Centre des sciences de la santé, Université McMaster
Professeur agrégé, Université McMaster

D^{re} Ann Matlow

Chef du personnel enseignant, Initiatives stratégiques
Éducation post-M.D.
Université de Toronto

D^r Michael Szul

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

Patti Cochrane (ancienne membre)

Ancienne vice-présidente principale
Stratégie clinique
Trillium Health Partners

D^{re} Margaret Doma (ancienne membre)

Ancienne directrice des relations avec les patients
Risques et affaires médicales
Centre de soins de santé St-Joseph, Hamilton

Kathy Kerr

Directrice générale
Bureau du coroner en chef

Historique

Il est d'usage qu'un coroner enquêteur, lorsqu'il découvre des problèmes ou des points préoccupants concernant la 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 par l'entremise de son président. Le mandat de sécurité publique du BCC est décrit dans la *Loi sur les coroners* :

Nomination et fonctions du coroner en chef

3. (1) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut nommer un médecin dûment qualifié à titre de coroner en chef de l'Ontario, lequel :

(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. (4) Le coroner en chef porte à l'attention du public, ou d'un segment du public, les renseignements recueillis pendant une investigation d'un coroner ainsi que les conclusions et les recommandations de l'investigation, 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. 2018, chap. 3, annexe 6, par. 7 (1).

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 BCC, consiste à établir les faits, et non à trouver des coupables.

Voici les objectifs du Comité :

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 enquêtes 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. Relever la présence ou l'absence de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques dans chaque cas examiné pour faciliter la formulation de recommandations appropriées de prévention.

Structure et taille

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'établissements, 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.

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 la *Loi sur les coroners*.

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*. À moins de la tenue d'une enquête sur un ou des décès particuliers, et jusqu'à la tenue de cette enquête, la protection de la confidentialité et des renseignements personnels des personnes décédées et de celles concernées par les circonstances du décès prévaut. Les dossiers médicaux, les versions provisoires et finales des rapports (qui contiennent des renseignements permettant d'identifier des personnes), de même que les procès-verbaux des réunions, sont des documents confidentiels et ne doivent pas être divulgués publiquement. Seules les versions du rapport du Comité ne contenant pas de renseignements personnels sont rendues publiques. Les recommandations et les réponses aux recommandations sont accessibles au public.

Chaque membre du Comité est lié par une entente de confidentialité énonçant ces intérêts et limites.

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.

Recommandations et réponses

L'un des principaux objectifs du Comité est de formuler des recommandations destinées à prévenir d'autres décès semblables. Celles-ci sont transmises aux organismes compétents par le président du Comité.

Au même titre que les recommandations qui découlent des enquêtes du coroner, les recommandations du Comité n'ont pas de force exécutoire, et les organismes ne sont pas tenus de les mettre en œuvre ou d'y donner suite.

Néanmoins, ces derniers sont invités à informer la directrice générale du Comité de l'avancement de la mise en œuvre des recommandations dans les six mois suivant leur transmission. Le Comité distribue ses rapports et recommandations par voie électronique.

Les versions des rapports et des réponses aux recommandations sont rendues publiques sur demande, à l'adresse occ.inquiries@ontario.ca.

Résumé des cas examinés en 2015-2018

Le tableau 1 montre que de 2015 à 2018 inclusivement, le Comité a examiné 28 cas et formulé 139 recommandations visant la prévention de futurs décès. Les cas examinés portaient sur 18 morts naturelles, 4 morts accidentelles, 5 suicides et 1 décès de cause indéterminée. Les cas concernaient des hommes et des femmes à parts égales.

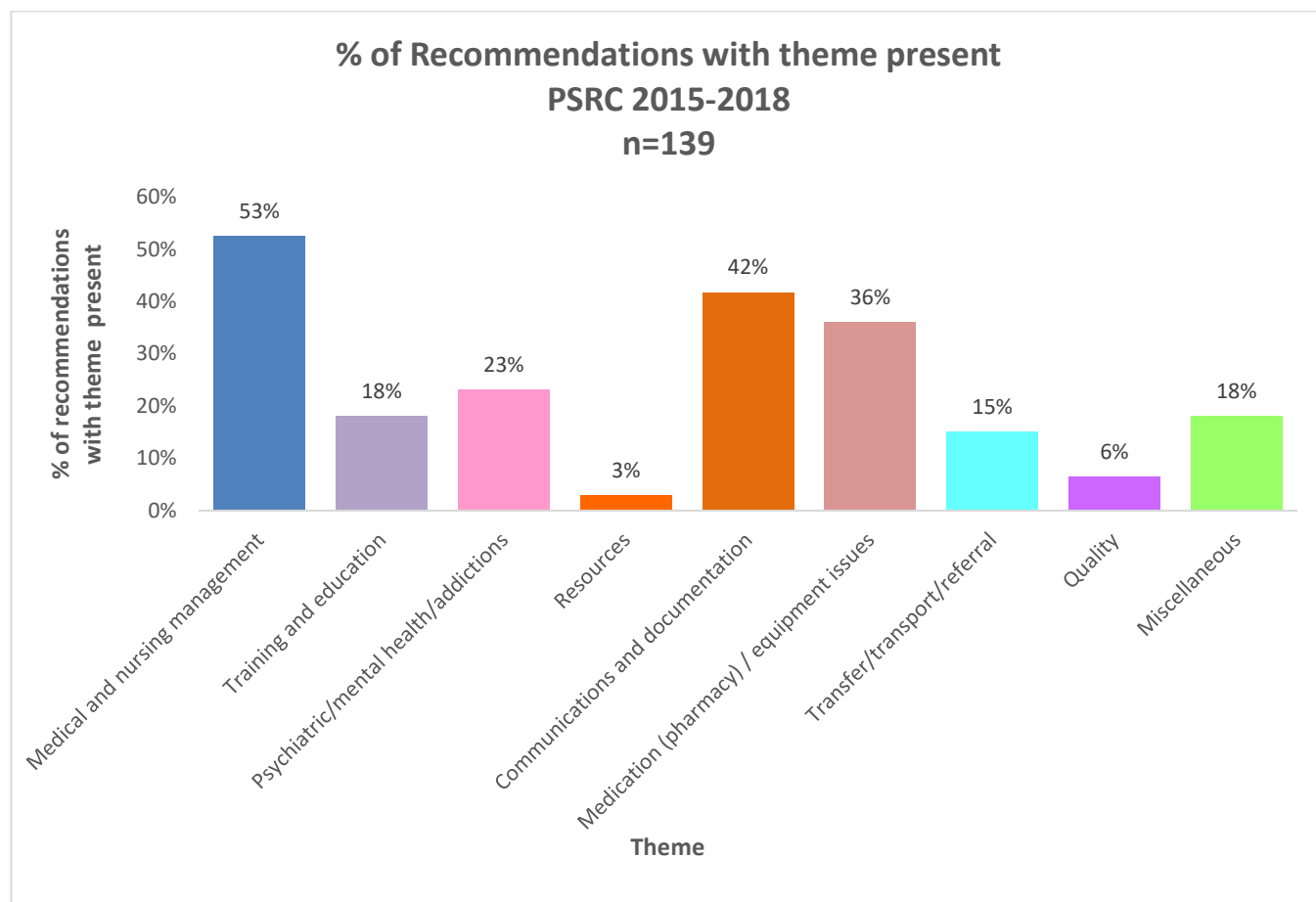
Pour chaque cas, entre 1 et 11 recommandations ont été formulées, avec une moyenne de 5. Tous les cas ont fait l'objet d'au moins une recommandation.

Figure 1 : Résumé des cas examinés par le Comité en 2015-2018

Année	Nbre de cas	Nbre de recom.	Mort naturelle	Mort accidentelle	Homicide	Suicide	Mode indéterminé	Femmes	Hommes
2015	5	28	4			1		4	1
2016	6	24	2	1		3		4	2
2017	9	52	7			1	1	3	6
2018	8	35	5	3				3	5
Total	28	139	18	4	0	5	1	14	14

On trouvera un résumé des cas examinés par le Comité de 2015 à 2018 ainsi que les recommandations pour chacun à l'annexe A.

Figure 2 : Pourcentage de recommandations par thèmes (Comité d'examen de la sécurité des patients, 2015-2018)



La figure 2 montre que 53 % des recommandations du Comité formulées de 2015 à 2018 visaient la gestion des soins médicaux et infirmiers, 42 %, la communication et de la documentation, et 36 %, les problèmes de médicaments ou d'équipement.

Leçons tirées des examens du Comité

Notre système d'enquête médico-légale prévoit un examen approprié des dossiers médicaux et des soins, effectué au moyen d'un processus d'enquête visant à répondre à cinq questions (qui est décédé, où, quand, comment et par quel moyen), à déterminer le besoin d'une enquête du coroner et l'analyse des données provenant de l'enquête.

Un examen plus en profondeur des circonstances des décès pour lesquels le coroner principal et le coroner qui présidait l'enquête croient qu'il y a eu des lacunes systémiques permet à un groupe d'experts interdisciplinaire de réfléchir à des améliorations à transmettre aux organismes qui sont en mesure d'aider à la mise en œuvre et à la formation. Les recommandations du Comité ne visent à blâmer personne et ciblent des mesures qui ont des chances de réduire la probabilité de décès similaires. Aucun suivi n'est réalisé; la rétroaction des organismes indique toutefois que les recommandations sont bien reçues, et que beaucoup ont été mises en œuvre.

Le mandat de notre Bureau, qui nous est confié par la *Loi sur les coroners*, concerne toutes les morts non naturelles et quelques morts naturelles. Le système de santé, avec ses divers organismes d'enquête et de surveillance, peut fournir d'autres pistes d'analyse pour certains décès naturels qui sont actuellement du ressort du BCC. Le BCC travaille fort pour établir ce système coordonné, efficace et efficient pour la sécurité des patients.

Annexe A

Résumés des cas et recommandations (2015-2018)

Résumés des cas et recommandations – 2015

Année : 2015

Cas n° : 1

Mode de décès : Naturel

Âge : 39

Sexe : F

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients parce que le coroner régional principal a relevé quelques problèmes dans la prise en charge de la patiente à l'hôpital.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; psychiatrie, santé mentale et dépendances; problèmes de médicaments ou d'équipement.

Recommandations

1. Nous recommandons que l'hôpital concerné fasse un examen des soins prodigués à la patiente. Celui-ci devrait comprendre :
 - a) l'analyse des politiques sur les dossiers de santé et la mise en place d'un processus de vérification pour en assurer le respect;
 - b) l'analyse des responsabilités des professionnels de la santé au sein du cercle de soins;
 - c) l'évaluation des politiques et des pratiques concernant les patients avec des troubles de santé mentale, notamment en ce qui concerne la sécurité des patients;
 - d) l'assignation de la responsabilité de la vérification des dossiers de santé au médecin responsable et la présentation des résultats au Comité consultatif médical;
 - e) la possibilité d'augmenter la supervision des stagiaires dans les grandes périodes de transition dans le continuum de soins (p. ex., fin de l'année scolaire);
 - f) la révision des politiques et des pratiques en lien avec la participation des patients et des familles.

2. Le médecin de famille qui a soigné cette patiente devrait revoir la politique sur le renouvellement des ordonnances en fonction de la fréquence des visites pour une réévaluation clinique.

Année : 2015

Cas n° : 2

Mode de décès : Suicide

Âge : 45

Sexe : F

Résumé

La victime est une femme âgée de 45 ans décédée d'une intoxication par hydromorphe suite à une ingestion volontaire d'hydromorphe à libération contrôlée. Le coronar régional principal qui a soumis le cas a demandé un examen des circonstances entourant le décès de cette femme pour déterminer :

1. si cette ingestion unique peut expliquer la quantité retrouvée dans le sang après le décès;
2. si l'on aurait pu prévoir la toxicité persistante et empêcher le décès.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; problème de médicaments ou d'équipement.

Recommandations

1. Lorsqu'une surdose d'opioïdes est soupçonnée, il faudrait demander aux agents du centre antipoison de se renseigner et de préciser s'il s'agit d'un opioïde à libération immédiate, d'un opioïde à action prolongée ou à libération constante, ou à plusieurs modes de libération. S'il n'est pas possible de le déterminer, il faut envisager la possibilité qu'un opioïde à action prolongée ait été ingéré.
2. L'hôpital A devrait évaluer ses processus de bilan comparatif des médicaments pour s'assurer que les médicaments ont bien été consignés et comparés à chaque transition dans le continuum de soins.
3. L'hôpital A devrait évaluer ses pratiques de tenue de dossiers.

4. Les hôpitaux devraient élaborer des protocoles officiels pour la naloxone, comprenant un examen du type et de la quantité d'opioïde administré ou ingéré, de la durée minimale recommandée pour les perfusions pour prévenir les surdoses ou l'intoxication aux opioïdes à action rapide ou à action prolongée, de la prise en compte des limites d'absorption, des critères de surveillance spécifiques et des moments où l'avis ou l'intervention d'un médecin est nécessaire.
5. Les hôpitaux devraient former en continu tous les fournisseurs de soins de santé sur les signes et symptômes d'intoxication aux opioïdes (léthargie, étourdissements et ronflements forts ou inhabituels) et sur l'importance d'agir lorsqu'on remarque ces symptômes chez un patient et qu'ils semblent inhabituels chez lui.
6. Les hôpitaux devraient évaluer leurs processus de bilan comparatif des médicaments pour s'assurer que les médicaments sont bien consignés et comparés à chaque transition entre milieux de soins.
7. Les prescripteurs devraient limiter les doses d'opioïdes distribuées pour réduire la possibilité de mauvais usage, accidentel ou intentionnel, tant par les patients que par les autres personnes ayant accès à ces médicaments.
8. Les prescripteurs devraient informer les patients sur l'entreposage et l'élimination sécuritaires des opioïdes et leur indiquer de les garder hors de la vue et de la portée des personnes susceptibles d'en faire un mauvais usage accidentel ou intentionnel (p. ex., personnes âgées, enfants, adolescents, personnes à risque de toxicomanie).
9. Santé Canada devrait exiger des fabricants d'opioïdes à action prolongée (Hydromorph Contin et autres) d'indiquer, dans la monographie de produit, la demi-vie du médicament, le traitement précis recommandé en cas de surdose d'un opioïde à action prolongée et la durée de ce traitement.
10. Les fabricants d'Hydromorph Contin devraient indiquer, dans la monographie de produit d'Hydromorph Contin et d'autres opioïdes à action prolongée, l'information sur sa demi-vie, le traitement précis et la durée de traitement.
11. L'ISMP Canada devrait se pencher sur le présent cas et déterminer s'il serait approprié de le publier dans un bulletin pour l'apprentissage collectif.

Année : 2015

Cas n° : 3

Mode de décès : Naturel

Âge : 75

Sexe : F

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients parce que le coroner investigateur a relevé quelques problèmes par rapport au transfert de la patiente et à la consignation des renseignements cliniques.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; transfert et transport; qualité.

Recommandations

1. Il faudrait mettre en place des protocoles sur le transport des patients dialysés vers des hôpitaux qui peuvent procéder à l'hémodialyse chaque fois que c'est possible, à moins qu'un arrêt cardiaque ou un état nécessitant des soins avancés soit imminent. Il faudrait faire particulièrement attention à offrir un transport qui réduira au minimum les risques pour le patient.
2. Des normes minimales concernant les soins infirmiers dans le service de soins intensifs devraient être établies et suivies dans les unités de niveau 2, concernant, notamment :
 - la compréhension de la pharmacologie et de la posologie de la médication habituellement administrée dans un contexte de service de soins intensifs;
 - les normes de consignation au dossier;
 - la capacité de faire des prises de sang et d'établir une ligne intraveineuse;
 - la communication avec la famille.
3. Les hôpitaux devraient réaliser un examen de la qualité des soins après que l'état de santé d'un patient se dégrade ou si un patient ou sa famille en fait la demande. Cet examen devrait viser le personnel de tous les échelons et être mené par quelqu'un qui n'a pas prodigué de soins au patient. Il se pourrait que l'examen doive être fait par un tiers indépendant.

4. Les conclusions tirées de ce genre de contrôle de la qualité devraient être transmises au patient et à sa famille en détail, y compris les mesures prises pour améliorer la prise en charge de ce type de cas.
5. Il faudrait mettre en place une norme dans tous les hôpitaux indiquant quand un docteur devrait être au chevet du patient. Au minimum, elle devrait prévoir que le principal médecin responsable (ou son remplaçant) examine le patient en personne lorsque celui-ci est gravement malade. Il faudrait penser à inclure cette norme dans les mesures indicatrices de la qualité des soins.
6. Des normes devraient être en place pour donner et signer rapidement les sommaires de congés. Il faudrait penser à inclure ces normes dans les mesures indicatrices de la qualité des soins.
7. Les hôpitaux devraient être encouragés à donner accès au dossier de santé d'un patient à qui ils prodiguent des soins, même si cela implique d'obtenir les documents pertinents d'autres hôpitaux ou établissements. L'accès au dossier électronique d'autres établissements facilitera ce partage d'information.

Année : 2015

Cas n° : 4

Mode de décès : Naturel

Âge : 54

Sexe : M

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients parce que le coroner régional principal a relevé des problèmes concernant les pratiques exemplaires de reconnaissance et de traitement de l'intoxication à la vancomycine et les méthodes pour assurer la surveillance médicale dans les grands hôpitaux pendant les fins de semaine.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; transfert et transport; divers.

Recommandations

1. Les hôpitaux et les fournisseurs de soins de santé communautaires devraient former des équipes interdisciplinaires pour examiner les plans de mise en congé pour les cas complexes de patients qui nécessitent des soins à domicile pour poursuivre leur traitement. Ces plans devraient comprendre les mesures suivantes :
 - Évaluer le régime posologique du patient avant de lui accorder son congé pour déterminer si un traitement différent ou plus simple serait disponible ou possible;
 - Vérifier que l'identité du principal fournisseur de soins primaires (p. ex., médecin, infirmier praticien, etc.) est connue et qu'il est contacté avant que le patient ne prenne congé et n'ait reçu l'information sur les exigences de suivi, notamment les analyses en laboratoire;
 - Vérifier que les rôles et responsabilités des fournisseurs de soins qui s'occuperont du patient après sa sortie de l'hôpital soient clairement définis pour qu'ils acceptent et exécutent les tâches demandées;
 - Évaluer la capacité des fournisseurs de soins à domicile à respecter les échéances précises pour la posologie et la surveillance avant la sortie du patient. Il pourrait être nécessaire de changer le traitement ou de retarder le congé dans l'intérêt de la sécurité des patients.
 - Vérifier que les fournisseurs de soins communautaires et les patients reçoivent les coordonnées des personnes-ressources pour toutes questions de gestion après le congé (p. ex., médecin autorisant le congé, pharmacien de l'hôpital, etc.).
2. Les hôpitaux devraient travailler avec les centres d'accès aux soins communautaires et autres fournisseurs communautaires à l'élaboration de critères pour l'acceptation des patients qui reçoivent des traitements médicamenteux complexes, tels les antibiotiques par voie intraveineuse nécessitant un suivi.
3. Les pharmaciens et les fournisseurs de services pharmaceutiques devraient indiquer quels médicaments nécessitent un suivi et un ajustement de dose et mettre au point des processus proactifs pour que le suivi soit fait rapidement. Avant d'administrer un médicament, les pharmaciens devraient confirmer que le suivi nécessaire a été organisé.
4. Les fournisseurs de soins primaires devraient mettre au point des processus normalisés pour assurer un suivi proactif des patients qui ont reçu leur congé de l'hôpital et qui suivent des traitements complexes. Cela implique notamment de déterminer les points où de l'aide pourrait être nécessaire (p. ex., ajustement de la dose) et préciser où et comment recevoir de l'aide.

5. L'ISMP Canada devrait se pencher sur le présent cas et déterminer s'il serait approprié de le publier dans un bulletin pour l'apprentissage collectif.

Année : 2015

Cas n° : 5

Mode de décès : Naturel

Âge : 16

Sexe : F

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients, car des problèmes systémiques potentiels liés aux soins à domicile et à l'extérieur de l'hôpital pour les patients ayant des besoins médicaux complexes ont été relevés.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; communication et documentation; transfert et transport.

Recommandations

1. Lorsqu'on prodigue des soins à un patient nécessitant des soins complexes ou qu'on effectue une transition dans leur continuum de soins, il faudrait nommer un gestionnaire de cas ou un coordonnateur de la transition responsable de l'élaboration d'un plan de soins complet qui décrit les besoins cliniques du patient en fonction des commentaires des principales parties concernées. En plus, des modifications législatives devraient être apportées au besoin pour s'assurer que les fournisseurs de soins de santé assument leurs responsabilités et soient supervisés, peu importe comment les soins ont été obtenus.
2. Le gestionnaire de cas ou le coordonnateur de la transition responsable de l'élaboration du plan de soins pour la transition d'un patient nécessitant des soins complexes devrait indiquer quelles habiletés et compétences sont nécessaires pour répondre aux besoins du patient dans la collectivité et transmettre la liste au fournisseur de services.
3. La compétence du gestionnaire de cas ou de l'intervenant responsable de l'élaboration du plan de soins complet pour la transition d'un patient nécessitant des soins complexes doit correspondre aux exigences de compétences nécessaires en fonction de la complexité des besoins du patient.

Résumés des cas et recommandations – 2016

Année : 2016

Cas n° : 1

Mode de décès : Naturel

Âge : 57

Sexe : F

Résumé

Ce cas porte sur le décès d'une femme de 57 ans décédée des suites de métastases systémiques. La famille de la défunte a exprimé ses réserves sur les soins, le suivi, le traitement et les médicaments administrés.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; transfert et transport.

Recommandations

1. Les cas de cancers rares ou peu fréquents devraient être transmis à un centre régional de cancérologie pour être examinés par une équipe multidisciplinaire.

Année : 2016

Cas n° : 2

Mode de décès : Suicide

Âge : 43

Sexe : M

Résumé

La victime a reçu des traitements pendant de nombreuses années d'au moins un psychiatre communautaire et à l'hôpital de façon intermittente. Il avait reçu un diagnostic de schizophrénie et de trouble schizoaffectif. L'homme s'est suicidé après qu'on lui a donné un rasoir pour qu'il puisse se raser lorsqu'il était un malade en cure obligatoire dans un établissement psychiatrique.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; transfert et transport.

Recommandations

1. Les hôpitaux concernés devraient procéder à un examen des leçons tirées des circonstances entourant ce décès, en portant une attention particulière :
 - aux processus et aux procédures de consignation et de partage de l'information entre les médecins et les établissements de soins de santé, plus particulièrement lors du transfert d'un patient;
 - à l'examen de la politique et des procédures en matière de gestion des risques de suicide (et de violence) et autres, et de la façon dont cette information est consignée et transmise aux autres membres de l'équipe soignante, à l'interne ou aux partenaires externes.

Année : 2016

Cas n° : 3

Mode de décès : Accidentel

Âge : 51

Sexe : F

Résumé

La victime est décédée après avoir reçu une thérapie intraveineuse d'un naturopathe dans un centre de médecine complémentaire. Les principales préoccupations sont les suivantes : 1) l'intervention en cas d'urgence au centre de médecine complémentaire, 2) le processus de préparation, d'entreposage et d'administration de la préparation intraveineuse pour la guérison des tissus et des blessures du centre de médecine complémentaire, et 3) la solution de sélénium utilisée pour préparer la formule de guérison des tissus et des blessures.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; divers.

Recommandations

1. Prendre connaissance des conclusions du naturopathe consultant engagé par le Bureau du coroner en chef pour explorer des avenues d'amélioration.
2. Revoir les ordonnances préimprimées en collaboration avec des professionnels d'autres disciplines qui auront à s'en servir afin de vérifier :
 - qu'elles ne contiennent que l'information essentielle;
 - qu'elles sont conçues pour transmettre l'information importante dans une séquence logique avec une terminologie uniforme (p. ex., « présenté » conformément aux exigences, comme celles sur la programmation des pompes à perfusion)
 - que les abréviations, les symboles et les indications de doses qui pourraient être mal interprétés sont retirés (voir la liste de l'ISMP Canada à ce sujet : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/AbreviationsDangereux-2006ISMPC.pdf>.)
3. Engager un consultant externe expert en préparation de produits stériles et en préparation extemporanée pour qu'il procède à un examen, qui comprend notamment une inspection cognitive pour vérifier que les processus respectent les lignes directrices existantes (p. ex., le Modèle de normes relatives à la préparation de produits stériles dangereux en pharmacie de l'ANORP : https://napra.ca/sites/default/files/2018-02/Mdl_Stnds_for_Pharmacy_Compounding_Hazardous_Sterile_Preparations_Feb2018_FR_FINAL.pdf) et les principes d'utilisation sécuritaire des médicaments.
4. Vérifier qu'un processus d'urgence ou de sauvetage est en place en cas de réaction à la perfusion ou de situation d'urgence découlant de la perfusion.
5. S'assurer du respect des lignes directrices sur la préparation de produits stériles et les critères d'inspection des établissements de l'Ordre des naturopathes de l'Ontario.
6. Envisager un agrément spécial pour les pharmacies qui offrent des services spéciaux de malaxage, accompagné de critères à établir en collaboration avec les principaux intervenants (Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, Santé Canada, ISMP Canada), notamment une évaluation du respect des normes et lignes directrices en place, et la délivrance de titres au personnel.
7. Les pharmacies qui font du malaxage spécialisé devraient employer la technologie de sécurité disponible comme la codification à barres et les balances qui impriment automatiquement le poids de chaque article (si le personnel pharmacologique n'a pas accès à cette technologie, il peut prendre des photos des contenants utilisés et de leur poids et joindre les photos au dossier de composition).

8. Les pharmacies qui font du malaxage spécialisé doivent s'assurer que les formules et les documents de travail contiennent l'information dans une séquence logique, avec une terminologie uniforme, et que les mesures finales correspondent à celles de l'équipement utilisé en pharmacie (p. ex., si la balance ne donne que des mesures en grammes, la quantité à peser devrait être présentée en grammes pour que les calculs soient tous inscrits sur la facture).
9. Les pharmacies doivent s'assurer que les dates maximales d'usage sont confirmées par des tests appropriés de stérilité et de stabilité, conformément aux normes de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie.
10. L'ISMP Canada devrait se pencher sur le présent cas et déterminer s'il serait approprié de le publier dans un bulletin pour l'apprentissage collectif.

Année : 2016

Cas n° : 4

Mode de décès : Suicide

Âge : 27

Sexe : M

Résumé

Ce cas concerne le décès d'un vétérinaire de 27 ans qui s'est suicidé après avoir reçu son congé de l'hôpital, un peu après avoir été assailli de pensées suicidaires. Des préoccupations concernant les services psychiatriques reçus lors de l'évaluation, du traitement et du suivi de la victime ont été soulevées.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; divers.

Recommandations

1. Nous rappelons aux professionnels de la santé de consigner tout antécédent pertinent (p. ex., sources de stress psychosociales et connexes), notamment les tentatives d'obtention des antécédents par les proches, lors de l'évaluation des patients potentiellement suicidaires.

2. Les professionnels de la santé devraient envisager une consultation psychiatrique, en personne, par téléphone ou par un autre moyen (comme le Réseau Télémédecine Ontario) dès la première mention de pensées suicidaires. S'il est impossible d'offrir une consultation, le médecin traitant devrait effectuer une évaluation rigoureuse de la santé mentale du patient.
3. Les lignes directrices de surveillance des cas de risque de suicide mises en place par l'armée canadienne devraient être clarifiées, consignées et transmises aux hôpitaux pour aider à l'évaluation, à la planification des mises en congé et au suivi des patients.
4. Nous recommandons que le ministère de la Défense nationale mène des recherches supplémentaires sur la suicidalité des membres actuels et anciens de l'Armée canadienne. De telles recherches pourraient comprendre une enquête plus approfondie du trouble de stress post-traumatique et d'autres facteurs de stress propres aux personnes en service ou qui étaient en service dans l'armée. Cette recherche pourrait aider à éclairer l'élaboration de politiques et de programmes pour aider les personnes en crise ou à risque de crise et leur famille.
5. Lorsqu'il est déterminé qu'un patient est à risque pour lui-même ou pour les autres et qu'il détient une arme à feu et un permis de possession et d'acquisition, le médecin devrait immédiatement le signaler aux autorités locales et demander la saisie de l'arme et du permis.
6. Nous rappelons aux organismes chargés de l'exécution de la loi que lorsqu'une arme à feu est saisie en raison d'inquiétudes par rapport à la sécurité publique ou personnelle immédiate, le permis de la personne doit aussi être immédiatement saisi, et le Bureau du contrôleur des armes à feu doit être avisé pour considérer la révocation du permis.

Année : 2016

Cas n° : 5

Mode de décès : Suicide

Âge : 58

Sexe : F

Résumé

Ce cas porte sur le décès d'une femme de 58 ans qui s'est suicidée par surdose de médicaments sur ordonnance alors qu'elle avait une permission de sortie de l'établissement psychiatrique où

elle était hospitalisée. Des préoccupations ont été soulevées quant au fait que la victime ait pu obtenir les médicaments prescrits auparavant alors qu'elle recevait des soins psychiatriques.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; qualité; divers.

Recommandations

1. Nous rappelons aux équipes prodiguant des soins psychiatriques aux patients hospitalisés qu'il est nécessaire de consigner clairement le diagnostic, les préparations et le plan de traitement. L'examen officiel de l'état mental fait partie de la documentation régulière pour un patient hospitalisé.
2. Quand un patient est hospitalisé pour recevoir des soins psychiatriques, le psychiatre recommandant l'admission, en collaboration avec les pharmaciens de l'équipe, est fortement encouragé à annuler toute ordonnance communautaire non exécutée du patient. Cette pratique devrait faire partie du processus normal de bilan comparatif des médicaments effectué à l'admission. L'annulation des ordonnances communautaires non exécutées devrait être un indicateur de l'amélioration de la qualité pour les unités d'hospitalisation en psychiatrie de l'Ontario.
3. Les psychiatres devraient suivre des lignes directrices fondées sur des données probantes pour les ordonnances, et lorsque ce n'est pas possible en raison de l'intolérance ou du refus d'un patient apte, les circonstances détaillées devraient être consignées clairement.
4. L'hôpital en cause devrait mener un examen de la qualité des soins et porter une attention particulière à l'absence de diagnostic et de plan de soins pour une patiente qui a été hospitalisée pendant trois mois.

Année : 2016

Cas n° : 6

Mode de décès : Naturel

Âge : 44

Sexe : F

Résumé

Ce cas porte sur une patiente atteinte d'hypertension artérielle pulmonaire primitive, une maladie difficile à traiter – même chez les patients les plus coopératifs – ayant un mauvais pronostic et un risque élevé de mort subite. Il était difficile de soigner la patiente, possiblement parce qu'elle n'avait qu'une connaissance limitée de sa maladie et qu'elle avait un trouble de santé mentale qui pourrait avoir causé des délires en lien avec les médicaments qu'elle devait prendre et avoir limité son jugement.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; psychiatrie, santé mentale et dépendance; divers.

Recommandations

1. Lorsqu'il est question de l'aptitude des patients ayant des problèmes de santé mentale à prendre des décisions sur le traitement de problèmes de santé concomitants, une évaluation officielle de la capacité devrait être effectuée et consignée dans le dossier médical.
2. Les médecins qui s'occupent de patients atteints d'une maladie mentale et de troubles médicaux concomitants doivent se rappeler qu'il faut évaluer la capacité d'un patient à comprendre les décisions relatives au traitement de leurs maladies.

Résumés des cas et recommandations – 2017

Année : 2017

Cas n° : 1

Mode de décès : Naturel

Âge : 55

Sexe : M

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients après qu'aient été soulevées des préoccupations sur l'identification, l'évaluation et le traitement des troubles médicaux chez un patient ayant des antécédents de maladie mentale qui s'est présenté à l'urgence d'un hôpital.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; transfert et transport; qualité.

Recommandations

1. L'hôpital A devrait faire un examen de cas des leçons apprises lors de l'évaluation et des soins de la victime, de son arrivée à l'urgence à son transfert aux services de psychiatrie. Cet examen devrait comprendre ce qui suit :
 - les procédures et les protocoles d'évaluation et de transfert subséquent des patients, du service d'urgence aux services de psychiatrie, notamment les processus déterminant et confirmant l'obtention du certificat de santé avant le transfert et la confirmation par écrit de l'autorisation de congé par le service qui reçoit le patient (p. ex., besoin de faire un examen physique avant le transfert);
 - les procédures et les protocoles d'évaluation et de traitement continu des troubles médicaux chez les patients des services de psychiatrie;
 - la procédure pour consigner les évaluations, les recommandations et les approbations de transfert entre les services;
 - les procédures et les protocoles entourant la gestion des étudiants en médecine (protocoles de signature, surveillance des actions et de la documentation);
 - les procédures et les protocoles sur le bilan comparatif des médicaments.

2. L'OMCO et l'OHA devraient envisager de publier un rappel destiné aux médecins et aux chefs de file du domaine de la santé sur l'importance pour les fournisseurs de soins de santé de porter suffisamment attention aux problèmes physiques des personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Année : 2017

Cas n° : 2

Mode de décès : Suicide

Âge : 32

Sexe : F

Résumé

Ce cas porte sur une patiente de 32 ans qui s'est suicidée environ un mois après avoir reçu son congé de l'hôpital. On savait que la femme consommait des drogues et de l'alcool. Des préoccupations ont été soulevées à savoir si des services psychiatriques étaient à la disposition de la victime.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; transfert et transport; divers.

Recommandations

1. Nous rappelons aux professionnels de la santé qui offrent des services de santé mentale :
 - de faire la distinction entre des manifestations aiguës ou chroniques dans le cadre de l'évaluation des risques et d'effectuer l'évaluation ou le traitement approprié ou d'aiguiller le patient vers les services appropriés;
 - de faire appel à des spécialistes en médecine et en psychiatrie de la toxicomanie lorsque possible;
 - d'informer les patients des choix de traitements, de leurs symptômes et de leurs risques;
 - de faciliter l'accès aux ressources externes et communautaires pour les patients qui sont jugés capables de sortir de l'hôpital;
 - de respecter la gestion sécuritaire des médicaments et de faire appel à des professionnels de la santé au besoin pour la surveillance des patients ou pour l'administration des

médicaments ou la supervision de la prise de médicaments, comme une infirmière à domicile ou un pharmacien communautaire.

2. Nous rappelons aux professionnels de la santé que le sevrage d'alcool et le mauvais usage de benzodiazépine peuvent entraîner des séquelles graves. La prise de benzodiazépine pour le sevrage d'alcool doit être supervisée par une infirmière à domicile ou un pharmacien, ou encore être effectuée dans un milieu médical comme un centre de désintoxication ou un hôpital.
3. Nous rappelons aux professionnels de la santé de conserver un historique complet de l'usage de substances lorsqu'il y a un changement de l'état, plus spécialement les changements de substances employées, de la fréquence d'utilisation et du mode d'administration.
4. Le service de police concerné devrait recevoir une formation complémentaire sur :
 - le comportement professionnel et la gestion de situations impliquant des personnes agressives ou présentant des symptômes aigus associés à des troubles psychiatriques;
 - l'application, les limitations et la terminologie de la *Loi sur la santé mentale*;
 - la transmission d'information juridique juste aux personnes sous garde ou à propos de ces personnes;
 - le non recours à la force ou à un langage intimidant si ce n'est pas nécessaire.
5. Mettre en place un processus d'identification des différentes manifestations à l'urgence ainsi que les procédures subséquentes pour l'examen des cas et le déploiement des ressources appropriées pour la personne. Cette procédure devrait concerner, entre autres, les médecins traitants.
6. Les médecins de famille devraient être consultés ou informés par rapport aux plans de placement des patients dépressifs ou suicidaires.

Année : 2017

Cas n° : 3

Mode de décès : Naturel

Âge : 35

Sexe : F

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients après que l'on a soulevé des préoccupations concernant la détection et le traitement d'une thromboembolie veineuse chez une patiente à risque élevé qui suivait un traitement de fertilité.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; communication et documentation; qualité.

Recommandations

1. Nous rappelons aux fournisseurs de soins de santé l'importance d'une documentation et d'un dossier médical complets, lisibles et accessibles (manuscrits et électroniques) comme le mentionnent les dispositions 4 à 12 de la déclaration de principe de l'OMCO sur les dossiers médicaux (mise à jour en mai 2012).
2. Nous rappelons aux fournisseurs de soins de santé que les thromboembolies veineuses sont la principale cause de morbidité et de mortalité après une chirurgie gynécologique. Le risque est encore plus grand chez les femmes enceintes ou qui prennent des contraceptifs oraux. Il faut être vigilant pour la détection et le traitement des thromboembolies veineuses.
3. L'hôpital et les fournisseurs de soins gynécologiques ayant participé à la prise en charge de ce cas devraient procéder à un examen des enseignements tirés sur les circonstances entourant ce décès qui traiterai notamment :
 - de la mise en place possible de protocoles de récupération améliorée après la chirurgie, particulièrement en gynécologie;
 - de l'ajout possible de l'index du risque de malignité à leur pratique lorsqu'ils décident d'opérer sur une masse pelvienne plutôt que d'offrir une consultation et d'envisager un transfert potentiel dans un service d'oncologie gynécologique;
 - des protocoles pour identifier clairement le principal médecin responsable et bien consigner ces renseignements.

4. Nous rappelons à la clinique de fertilité impliquée dans ce cas :

- l'importance d'une enquête de prétraitement raisonnable et approfondie de l'infertilité;
- l'importance d'une discussion transparente avec les clients et de la présence de documentation sur les risques, les avantages et la justification du traitement, ainsi que sur d'autres options de traitement.

Année : 2017

Cas n° : 4

Mode de décès : Naturel

Âge : 20

Sexe : M

Résumé

Ce cas porte sur un homme présentant un handicap grave, ayant reçu un diagnostic initial d'aggravation d'un trouble épileptique existant causée par une infection urinaire. Dès le début du traitement, on a déterminé que le patient avait une dérivation ventriculo-péritonéale peu efficace qui causait une hydrocéphalie importante, et qui aurait nécessité une réinstallation urgente. Suite à sa demande initiale de transfert dans un centre neurochirurgical, le patient a été placé sur une liste d'attente en urgence pour être transféré lorsqu'une place se libérerait. Quand l'état du patient s'est détérioré jusqu'à un stade critique, le processus de transfert n'a pas été harmonieux et de nombreux appels ont dû être faits.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; communication et documentation; transfert et transport; divers.

Recommandations

1. Les patients ayant des besoins médicaux et des antécédents chirurgicaux complexes qui nécessitent un transfert dans un autre établissement devraient être transférés dans un hôpital en mesure de gérer tous les problèmes qui pourraient affecter le patient.
2. Nous rappelons aux médecins que les demandes de transfert devraient passer par CritiCall lorsque possible pour que le transfert soit effectué le plus rapidement possible. Les médecins devraient aussi être formés sur le fonctionnement de CritiCall.

3. Nous rappelons aux médecins que les tentatives de transfert d'un patient à un autre établissement devraient être consignées minutieusement au dossier. Un plan d'action devrait également être en place au cas où l'état du patient continuerait de se détériorer.
4. Nous rappelons aux médecins que lorsque l'état d'un patient sur la liste d'urgence se détériore jusqu'à atteindre un état pire qu'au moment où la demande de transfert a été déposée, l'hôpital devrait clairement indiquer qui contacter, quand cette personne a été contactée et quel plan d'action a été établi ou mis en place.
5. Il devrait y avoir des systèmes en place pour permettre aux médecins et à CritiCall de parler simultanément à tous les consultants qui devraient potentiellement participer aux soins du patient (p. ex., soins intensifs et neurochirurgie)
6. Il faudrait envisager de signaler au bureau du coroner tous les décès qui surviennent pendant que le patient est en attente de transfert dans un autre établissement pour enquête potentielle.
7. CritiCall devrait songer à faire le suivi des patients en attente de transfert. Il s'agirait là d'une approche proactive qui permettrait d'informer les médecins impliqués des autres hôpitaux qui ont des disponibilités.
8. CritiCall devrait envisager de consigner et d'analyser les données sur les complications dans le processus de transfert.
9. CritiCall devrait effectuer des suivis à intervalles préétablis de l'état d'un patient et des transferts en attente pour que tout délai prédéterminé soit respecté. C'est lors de ces intervalles que le centre qui reçoit l'appel peut déterminer l'état du patient et faire son suivi avec les médecins concernés au besoin.

Année : 2017

Cas n° : 5

Mode de décès : Naturel

Âge : 68

Sexe : M

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients par le coroner régional principal en raison de préoccupations concernant la prise en charge du patient en salle d'urgence, plus particulièrement :

- le défaut d’informer le patient de ses résultats aux tests à l’hôpital A;
- l’incapacité pour l’hôpital B d’avoir accès aux résultats des tests de laboratoire d’autres établissements par l’entremise du Système d’information de laboratoire de l’Ontario (SILO).

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; communication et documentation; qualité.

Recommandations

1. L’hôpital A et l’hôpital B devraient prendre des mesures pour assurer la lisibilité de tous les dossiers médicaux associés à l’organisation en mettant en place sans tarder des dossiers de santé électroniques complets.
2. L’hôpital A devrait s’assurer que des politiques, de la formation et des stratégies de mise en œuvre sont en place en ce qui concerne :
 - a) le suivi approprié des résultats aux tests disponibles après que le patient a reçu son congé, notamment des politiques indiquant comment et quand le patient sera contacté (et d’autres moyens de le contacter);
 - b) la consignation dans le dossier médical des résultats aux tests de laboratoire effectués dans un laboratoire externe à l’urgence ou dans un autre service de l’hôpital; il serait bon d’envisager de donner au personnel de l’urgence l’accès au SILO;
 - c) l’administration prompte d’antibiotiques appropriés, particulièrement chez les patients dont la situation est critique. La prescription d’antibiotiques doit être fondée sur les résultats aux tests de sensibilité aux antimicrobiens, s’ils sont consultables.
3. L’hôpital B devrait mener un examen interne sur le déroulement de la chirurgie cardiovasculaire du patient concerné. Les recommandations découlant de cet examen devraient être transmises au Bureau du coroner en chef.
4. Nous recommandons que les résultats de l’examen soient transmis au Bureau du coroner en chef et à la famille.
5. L’OMCO devrait publier un résumé de ce cas dans sa publication *Dialogue* pour attirer l’attention sur les problèmes entourant la gestion et la transmission des résultats aux tests.
6. Les hôpitaux sont encouragés à prendre des mesures pour assurer la lisibilité des dossiers médicaux associés à l’organisation en mettant en place sans tarder des dossiers de santé électroniques complets.

7. Le personnel des services d'urgence de tous les hôpitaux devrait donner aux patients des consignes claires lorsqu'ils leur accordent leur congé.

Année : 2017

Cas n° : 6

Mode de décès : Naturel

Âge : 78

Sexe : M

Résumé

Ce cas porte sur le décès d'un homme de 78 ans atteint d'un trouble neuromusculaire préexistant indéterminé qui se présentait de façon aiguë sous forme de douleurs importantes au dos et de faiblesse débilante progressive. L'évaluation initiale indiquait une faiblesse des membres et des muscles du cou, des troubles de la parole et un taux d'enzymes hépatiques anormal. Différents cliniciens et chirurgiens ont évalué la victime au service de soins intensifs et consigné leurs rapports de consultation, sous forme dictée et parfois écrite, dans le dossier du service de soins intensifs. Toutefois, il ne semble pas y avoir de dossier récapitulatif rassemblant ces opinions sous forme d'analyse cohérente de ce cas clinique très complexe.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; communication et documentation; transfert et transport.

Recommandations

1. L'hôpital devrait penser à s'assurer que des processus sont en place pour maintenir une approche collaborative dans les cas complexes comme celui-ci. Cette approche devrait entre autres impliquer tous les consultants et prévoir l'établissement de moments pour les réévaluations et de mises à jour continues pour les personnes concernées.
2. Nous rappelons aux médecins qu'une tenue de dossiers améliorée en soins intensifs devrait comprendre un dossier médical électronique (DME) où sont consignées toutes les notes de consultation et d'évolution. Les notes manuscrites sont difficiles à déchiffrer. Un tableau électronique pour le partage d'idées et d'information ainsi qu'un diagramme de processus qui consigne toute l'information actuelle et un arbre de décision pourraient améliorer les soins aux patients aux soins intensifs.

3. Les hôpitaux et les médecins devraient s'assurer que le dossier médical électronique permet le transfert clair de l'information et la transmission d'un avis à tous les médecins qui prodiguent des soins au patient.
4. Le médecin orienteur devrait s'assurer de consigner les recommandations faites par les consultants et indiquer si elles ont été prises en considération.
5. La confirmation de la réception ou de la prise en considération des recommandations d'autres membres du personnel clinique devrait faire partie du rôle du principal médecin responsable; à cette fin, des conférences préparatoires pourraient avoir lieu.
6. Quand des recommandations d'un clinicien se trouvent dans le dossier clinique, le principal médecin responsable devrait pouvoir cliquer une fois et voir toutes les recommandations sans avoir à fouiller dans les notes d'évolution. Nous suggérons également que le système de DME permette aux médecins d'indiquer que le tout a bien été reçu et pris en considération.

Année : 2017

Cas n° : 7

Mode de décès : Naturel

Âge : 17

Sexe : M

Résumé

Le défunt était un jeune de 17 ans souffrant de diabète de type 2. De nombreux facteurs ont empêché une prise en charge optimale de ce patient, tant pour sa maladie aiguë que pour l'acidocétose diabétique qu'elle a causée.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; ressources; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; divers.

Recommandations

1. Lorsqu'un enfant ou un adolescent ayant des antécédents de diabète (de type 1 ou 2) se présente à l'urgence, il faudrait obtenir un glucomètre.
2. Les équipes de soins qui s'occupent d'enfants et d'adolescents devraient insister pour faire participer les parents, les tuteurs et les aides afin d'avoir la meilleure information possible, de pouvoir les sensibiliser, eux et les patients, et d'assurer un suivi adéquat.

3. Il faudrait effectuer un suivi continu et rapide des enfants et adolescents diabétiques. Nous encourageons les équipes à demander de l'aide auprès de ressources régionales pour revendiquer la meilleure éducation et le meilleur soutien possible pour les patients atteints d'une maladie chronique.
4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait envisager l'élaboration d'une ressource en ligne ou de télésanté (comme Jeunesse, J'écoute, mais pour les problèmes de santé) pour les enfants et les adolescents de la province.
5. Les pharmaciens qui font de l'enseignement sur le diabète devraient songer à mettre au point des leçons conçues spécialement pour les enfants et les adolescents.

Année : 2017

Cas n° : 8

Mode de décès : Naturel

Âge : 48

Sexe : M

Résumé

Le défunt était un homme de 48 ans en hémodialyse à cause de sa maladie polykystique des reins. Il est décédé d'un sepsis résultant d'une pancytopénie causée par la méthotrexate qui lui a été prescrite pour traiter une sarcoïdose.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; divers.

Recommandations

1. Les patients qui suivent des traitements de dialyse et qui prennent des médicaments prescrits par un médecin qui n'est pas néphrologue devraient vérifier auprès d'un néphrologue si les médicaments sont appropriés, à moins que le médecin n'ait de vastes connaissances sur ses effets sur une personne recevant un traitement de dialyse. Il est entendu que les médicaments et les doses appropriés peuvent varier grandement d'un patient à l'autre.
2. Il faudrait mettre en place un processus normalisé pour garantir que le personnel infirmier fasse immédiatement examiner par un pharmacien spécialiste des reins ou un néphrologue

la prescription de nouveaux médicaments qui n'ont pas été prescrits par un néphrologue, à moins qu'il ne sache par expérience que le médicament ou la dose sont convenables.

3. Les patients devraient recevoir comme consigne d'aviser l'unité de dialyse lorsqu'ils commencent à prendre un nouveau médicament.
4. Toutes les ordonnances de médicaments immunosuppresseurs pour les patients atteints d'une néphropathie – dont la dialyse – devraient être vues par un néphrologue avant que la première dose ne soit administrée au patient.
5. Les pharmaciens ne doivent pas oublier l'importance de demander au patient de l'information sur leurs affections chroniques et de consigner cette information dans les systèmes d'information pharmaceutiques de sorte à faciliter la vérification de l'interaction médicamenteuse.
6. Les pharmaciens devraient prendre en compte l'état de santé général ou la fragilité du patient quand vient le temps de décider s'ils communiquent des alertes d'interaction médicamenteuse d'importance minimale ou moyenne aux prescripteurs.
7. Les fournisseurs de renseignements pharmaceutiques devraient travailler à la préparation de fiches de renseignements concises et lisibles pour les patients qui présentent l'information importante sur les effets secondaires révélant une intoxication, et indiquer clairement quand consulter un professionnel de la santé.
8. Nous encourageons Santé Canada à enquêter sur les mécanismes pour garantir que la nouvelle information sur les médicaments actuellement sur le marché soit indiquée dans les monographies de produits et accessible à tous les fournisseurs de soins de santé du Canada (p. ex., dans les monographies actuelles de la Base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada).

Année : 2017

Cas n° : 9

Mode de décès : Indéterminé

Âge : 61

Sexe : F

Résumé

La défunte est une femme de 61 ans ayant subi une gastrectomie longitudinale par laparoscopie sans complications. Elle avait des antécédents médicaux notables d'obésité morbide, de diabète

et de dépression. Elle est décédée des effets toxiques d'antidépresseurs tricycliques environ six semaines après la chirurgie.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; divers.

Recommandations

1. Une évaluation psychiatrique et un suivi, avant et après la chirurgie, devraient être faits auprès des patients qui subissent une chirurgie bariatrique par un professionnel de la santé ayant une expertise dans l'aspect psychosocial de ce type de chirurgie.
2. Tous les patients qui subiront potentiellement une chirurgie bariatrique et qui reçoivent des soins psychiatriques devraient obtenir l'autorisation de leur psychiatre avant d'aller de l'avant avec la chirurgie. Un mécanisme pour déterminer quels sont les patients à risque de complications postopératoires devrait faire partie intégrante des programmes de chirurgie bariatrique.
3. Il est crucial que les patients qui prennent des psychotropes après une chirurgie bariatrique soient suivis de près pour assurer l'efficacité clinique de l'opération, puisque ce type de chirurgie peut déclencher des incidents indésirables de nature psychiatrique qui pourraient nécessiter une attention immédiate.
4. Les patients ayant subi une chirurgie bariatrique devraient être suivis de près lorsque la concentration sanguine des médicaments psychotropes pris est mesurable (p. ex., lithium). Les patients devraient aussi être avisés qu'une telle opération peut déclencher d'importants incidents psychiatriques après l'opération et qu'il est impératif de faire le suivi de leur état mental.
5. Des pharmaciens ayant de l'expertise dans la prise de médicaments après une telle opération devraient faire partie des programmes de chirurgie bariatrique.

Résumés des cas et recommandations – 2018

Année : 2018

Cas n° : 1

Mode de décès : Naturel

Âge : 72

Sexe : F

Résumé

Ce cas porte sur une femme de 72 ans décédée d'hypertension artérielle pulmonaire causée par une maladie pulmonaire interstitielle et un cancer du sein métastatique. Des préoccupations concernant la communication, les retards et la planification du congé ont été relevées.

Thèmes

Qualité.

Recommandation

1. Nous recommandons que l'hôpital A mette au point un système robuste, efficace et rapide pour traiter les problèmes relevés par les patients et leur famille. L'hôpital pourrait évaluer comment la présence d'un représentant des patients ou d'un agent de liaison avec les patients aurait pu permettre une communication rapide et efficace avec la victime et sa famille.

Année : 2018

Cas n° : 2

Mode de décès : Naturel

Âge : 76

Sexe : M

Résumé

Ce cas porte sur un homme qui souffrait de fibrillation atriale et prenait une dose appropriée d'anticoagulant oral non antagoniste de la vitamine K pour la prévention des AVC. Il a été vu trois fois dans une clinique de soins d'urgence et envoyé à l'urgence pour un examen plus

approfondi. Les soins semblent avoir été compromis par le manque de civières dû à l'engorgement de l'hôpital, qui était au-delà de sa capacité maximale.

Thèmes Gestion des soins médicaux et infirmiers; problèmes de médicaments ou d'équipement.

Recommandations

1. Les urgentistes devraient se rappeler qu'une hémorragie rétropéritonéale spontanée peut survenir chez les patients qui prennent des anticoagulants oraux. L'examen à privilégier pour poser un diagnostic reste le tomodensitogramme. Il pourrait être nécessaire d'effectuer des examens répétés chez les patients ayant des douleurs non diagnostiquées à l'abdomen et au dos quand les autres diagnostics ont été écartés lors d'une acidose.
2. Il ne s'agit pas d'un facteur dans ce cas-ci, mais un examen attentif de la posologie des anticoagulants devrait faire partie de l'évaluation d'un patient souffrant de douleurs à l'abdomen et au dos lorsque les saignements font partie des diagnostics possibles. D'autres facteurs comme les aliments (jus de pamplemousse et myrtilles, entre autres) et les nouveaux médicaments, dont certains peuvent augmenter l'effet anticoagulant, devraient aussi être pris en considération.

Année : 2018

Cas n° : 3

Mode de décès : Accidentel

Âge : 42

Sexe : M

Résumé

La victime est un homme de 42 ans avec des antécédents de consommation de drogues intraveineuses qui a été admis à l'hôpital pour un sepsis causé par un SARM. Il a suivi un programme d'entretien à la méthadone pendant au moins cinq mois avant sa mort. Il était à fort risque de sepsis récurrent. Il avait été trois fois à l'urgence avant son décès.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; ressources; problèmes de médicaments ou d'équipement.

Recommandations

1. Les médecins urgentistes devraient se rappeler que l'usage de drogues intraveineuses met une personne à haut risque d'être porteur de SARM, et le risque de faire un sepsis est particulièrement élevé pour elles. Quand ces patients se présentent à l'urgence, ils devraient être examinés dans l'optique que leurs symptômes pourraient être signe d'une infection. Quand ce type de patient se présente à l'urgence et correspond aux critères diagnostiques du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) ou du questionnaire qSOFA, il faudrait faire un bilan septique pour que les antibiotiques appropriés soient administrés dès que possible.
2. Le nombre de médecins en poste à l'urgence de l'hôpital en question devrait faire l'objet d'une analyse minutieuse afin de déterminer si un nombre suffisant de médecins sont en poste en tout temps pour prodiguer des soins de qualité aux patients et pour éviter l'attente dans la prise en charge des patients.

Année : 2018

Cas n° : 4

Mode de décès : Naturel

Âge : 52

Sexe : M

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité en raison de préoccupations concernant un décès postopératoire subit imprévu après une cholécystectomie par laparoscopie non urgente.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; ressources; transfert et transport; qualité.

Recommandations

1. Les hôpitaux devraient mettre en place des plans en cas de hausse de la demande ainsi que des protocoles sur l'engorgement pour que les patients souffrant de maladies mortelles (particulièrement s'il y a manifestation d'une décompensation) soient évalués de manière appropriée au triage et réexaminés pour traiter les signes de décompensation.

2. Les fournisseurs de soins de santé devraient agir en urgence pour s'occuper des besoins des patients gravement malades. Les patients nécessitent souvent des interventions urgentes lors de leur séjour à l'urgence.
3. Nous rappelons aux médecins que les cathéters intra-artériels et les cathéters centraux sont des outils et des appareils de surveillance, et non des interventions thérapeutiques. Parfois, leur premier placement cause des retards et même des complications (p. ex., aspiration de corps étranger). La priorité devrait être la réanimation; la mise en place des appareils de surveillance peut être faite une fois la crise résolue ou stabilisée.
4. Les patients externes gravement malades qui attendent dans des aires de « déchargement » devraient être considérés comme des patients de l'établissement puis examinés et pris en charge dans l'heure. Les décisions relatives au traitement devraient être transmises à l'établissement d'origine ou à la base hospitalière.
5. L'hôpital concerné devrait envisager de créer une équipe d'intervention auprès des malades en phase critique pour faciliter la consultation aux urgences et aider les ambulanciers paramédicaux à s'occuper des patients gravement malades qui ne sont pas débarqués de l'ambulance.
6. L'hôpital concerné devrait mener un examen des enseignements tirés des circonstances entourant ce décès qui traiterai notamment :
 - des protocoles des services d'urgence pour le transfert des soins entre la base hospitalière et l'hôpital d'origine;
 - de la dotation en personnel et en ressources dans les services d'urgence;
 - de l'établissement de protocoles de communication structurés pour les situations qui se dégradent.

Année : 2018

Cas n° : 5

Mode de décès : Naturel

Âge : 85

Sexe : M

Résumé

Ce cas a été soumis au Comité d'examen de la sécurité des patients après que des préoccupations ont été soulevées quant à l'accès tardif aux soins et à la reconnaissance et au traitement d'ulcères de la région sacrée et d'une infection d'un ulcère dans cette région.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; ressources; communication et documentation; qualité.

Recommandations

1. Nous rappelons aux fournisseurs de soins de santé l'importance de consigner régulièrement l'information médicale aux dossiers, y compris pour les patients en attente de transfert dans un autre établissement.
2. L'hôpital communautaire concerné devrait revoir ses politiques et procédures entourant l'administration d'énoxaparine sous-cutanée pour s'assurer de respecter les recommandations de la monographie de produit (concernant notamment les points et les méthodes d'injection, la dose administrée, la réévaluation de la posologie et la poursuite du traitement).
3. L'hôpital de soins tertiaires concerné devrait revoir ses politiques et procédures afin d'assurer l'uniformité de l'évaluation des patients à risques élevés, notamment en ce qui a trait à la consignation exhaustive des résultats de l'échelle de Braden et de la stadification des plaies de pression. Les procédures devraient mettre l'accent sur l'importance du partage de la responsabilité entre les médecins et les infirmières pour la détection et la prise en charge des plaies de pression, y compris dans le cas d'un transfert des soins entre services.
4. Le RLIS concerné devrait effectuer un examen de la rapidité des services offerts dans leur région aux patients atteints d'un syndrome coronarien aigu du groupe des infarctus du myocarde sans élévation du segment ST et nécessitant une angiographie.

Année : 2018

Cas n° : 6

Mode de décès : Accidentel

Âge : 52

Sexe : M

Résumé

Ce cas porte un homme de 52 ans décédé de toxicité aiguë à l'oxycodone. Des préoccupations ont été soulevées quant à la communication entre les fournisseurs de soins de santé chargés du traitement de la dépendance aux opioïdes et aux prescripteurs d'opioïdes impliqués dans les soins d'un patient.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; psychiatrie, santé mentale et dépendances; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; divers.

Recommandations

1. Les cliniques antidouleur devraient faire un dépistage des troubles liés à l'usage d'opioïdes et commencer un traitement fondé sur des données probantes (p. ex., traitement par agonistes opioïdes avec méthadone ou buprénorphine), si nécessaire.
2. Les fournisseurs de programmes de traitement en établissement devraient toujours s'informer auprès des médecins prescripteurs des nouveaux patients et informer le principal médecin responsable du changement ou de l'annulation de la prescription de leur patient. La pharmacie devrait aussi être informée.
3. Les cliniques antidouleur, les programmes de traitement en établissement et les pharmacies devraient distribuer des trousse de naloxone aux patients qui suivent un traitement aux opioïdes chronique (quelle que soit la dose), particulièrement un traitement aux opioïdes ou par agonistes opioïdes à forte dose, et montrer aux patients et aux proches aidants comment les utiliser.
4. Les fournisseurs de programmes de traitement en établissement devraient aviser leurs patients que les traitements de remplacement par agonistes opioïdes sont la pratique courante pour traiter les troubles liés à l'usage d'opioïdes et que la diminution graduelle ou la « désintoxication médicale » présente un grand risque de rechute, de surdose et de décès.

5. Si les patients insistent pour diminuer graduellement les opioïdes et refusent le traitement par agonistes opioïdes, les fournisseurs de programmes de traitement en établissement devraient s'assurer que les patients comprennent les risques, que le sevrage des opioïdes est complet et que la résolution des symptômes est maintenue sans buprénorphine ou opioïdes avant d'autoriser le congé. Si la diminution ne peut être terminée avant que le patient reçoive son congé, elle devrait être terminée sous supervision médicale à l'extérieur de l'établissement.
6. Les fournisseurs de programmes de traitement en établissement devraient organiser un rendez-vous de suivi avec un médecin expert en toxicomanie après que le patient a reçu son congé. Toutes les ordonnances pour un traitement par agonistes opioïdes doivent durer jusqu'à la date du prochain rendez-vous.
7. Tous les changements concernant l'ordonnance de stupéfiants du patient devraient être consignés dans le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées et pouvoir être consultés par les cliniciens et les pharmaciens qui donnent les soins.
8. Les pharmaciens devraient être au courant des symptômes de trouble lié à l'usage d'opioïdes et encourager les patients à demander un traitement; les pharmaciens devraient aussi exprimer leurs inquiétudes concernant les troubles liés à l'usage d'opioïdes et le changement des dates d'une ordonnance avec le prescripteur.
9. Les pharmaciens devraient songer à distribuer des trousses de naloxone aux patients qui suivent un traitement aux opioïdes chronique (quelle que soit la dose) et montrer aux patients et aux proches aidants comment les utiliser.
10. Les médecins et les pharmaciens devraient mettre en place des protocoles et des politiques de communication pour pouvoir recueillir et transmettre l'information sur les patients susceptibles de perdre leur tolérance aux opioïdes (p. ex., diminution graduelle, ordonnance qui se termine ou qui expire bientôt, ordonnance non exécutée, etc.), car ces personnes présentent un risque élevé d'intoxication aux opioïdes.
11. Les médecins et les pharmaciens devraient sensibiliser les patients aux risques d'une diminution rapide des opioïdes et s'assurer que les patients connaissent les options de traitement pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes ou pour les comportements à risques élevés liés aux opioïdes. Une attention supplémentaire devrait être portée aux patients pour qui il y a des écarts entre les moments où ils reçoivent des opioïdes et où ils s'en font prescrire.

Année : 2018

Cas n° : 7

Mode de décès : Accidentel

Âge : 51

Sexe : F

Résumé

La victime est une femme de 51 ans qui recevait de l'aide psychiatrique pour une dépression et qui recevait de la méthadone pour traiter sa dépendance aux opioïdes. Son psychiatre ne savait pas qu'elle prenait de la méthadone.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement; divers.

Recommandations

1. Tous les médecins devraient être au courant des médicaments pris par leurs patients ainsi que de tout changement apporté à leur médication, et savoir quels autres médecins les traitent.
2. Les prescripteurs de méthadone, qui ne sont souvent pas le principal médecin responsable, devraient faire un examen détaillé des antécédents médicaux du patient une fois qu'il est admis au programme. Cet examen devrait comprendre une vérification des dossiers pharmaceutiques, ainsi qu'une réévaluation périodique (tous les 3 à 6 mois, par exemple) pour vérifier que les changements dans l'état de santé du patient ou dans sa médication ne compromettent pas l'usage continu de méthadone. Un examen de l'état de santé des patients et des médicaments qu'ils prennent devraient être requis lors du transfert à une nouvelle clinique.
3. Nous encourageons les pharmaciens à surveiller toute interaction médicamenteuse potentielle et à être au courant de la prise de méthadone ou d'autres médicaments par les patients. Certaines pharmacies, afin d'assurer une sécurité continue, exigent que les patients signent un contrat de traitement qui indique qu'ils doivent aller chercher tous leurs médicaments à la même pharmacie, ou informer la pharmacie s'ils devaient aller chercher leurs médicaments ailleurs.
4. Le gouvernement de l'Ontario devrait mettre en place un plan ou un programme pour garder l'information sur les médicaments obtenus dans un Répertoire numérique des médicaments (RNM), auquel prescripteurs et pharmaciens pourraient accéder.

Année : 2018

Cas n° : 8

Mode de décès : Naturel

Âge : 60

Sexe : F

Résumé

Ce cas porte sur le décès d'une femme de 60 ans souffrant de diarrhées chroniques qui s'est présentée à l'hôpital après cinq jours de vomissements ininterrompus et de fièvre intermittente. Le décès serait attribuable à une cardiopathie hypertensive ou à une athérosclérose coronarienne avancée; on croyait qu'une importante hypokaliémie aurait déclenché une arythmie, qui aurait mené au décès. Des préoccupations quant au remplacement potassique ont été relevées.

Thèmes

Gestion des soins médicaux et infirmiers; formation et sensibilisation; communication et documentation; problèmes de médicaments ou d'équipement.

Recommandations

1. Les médecins et les infirmières devraient se servir des circonstances de ce décès pour faire un examen des leçons apprises, traitant notamment :
 - de la communication entre infirmières, et entre les infirmières et les médecins;
 - des préoccupations concernant les médicaments requis et les doses appropriées;
 - d'une compréhension claire du moment où il faut faire un suivi des anomalies électrolytiques dans le sang.
2. Nous rappelons aux urgentistes que l'hypokaliémie grave est une condition mortelle. Le traitement devrait comprendre :
 - un électrocardiogramme à 12 dérivations;
 - l'admission à un lit équipé d'un système de monitoring;
 - l'administration intraveineuse de KCl à 10 mEq par heure;
 - l'administration de KCl par voie orale dès que possible;
 - l'administration d'électrolytes toutes les 2 à 4 heures jusqu'à ce que le taux de potassium soit normal;

- la correction par l'administration intraveineuse de grands volumes de solution physiologique salée, si présence d'alcalose métabolique causée par l'hypochlorémie.
3. Nous rappelons ce qui suit aux infirmières :
- L'hypokaliémie grave est une affection mortelle qui nécessite l'usage d'un lit équipé d'un système de monitoring;
 - Les infirmières doivent prendre la défense de leur patient si elles sentent que les instructions qu'elles ont reçues mettent potentiellement sa vie en danger.
4. Nous encourageons les hôpitaux à appuyer leur personnel par la mise en place de modèles de soins collaboratifs, ce qui encouragera les infirmières à remettre en question les instructions qu'elles reçoivent si elles sentent qu'elles sont incomplètes ou qu'elles pourraient mettre le patient à risque d'une quelconque façon.
5. L'ISMP Canada devrait envisager la publication des circonstances entourant ce décès afin de diffuser les précieuses leçons tirées de la situation.

**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