

Résumé d'enquête

Omission de communiquer un diagnostic de cancer et d'y donner suite

Ce résumé d'enquête permet à l'Ombudsman des patients de rendre public le résultat d'une enquête officielle pour mieux faire connaître les problèmes majeurs et les contextes particuliers qui nuisent aux expériences de soins de santé en Ontario. Qui plus est, les recommandations consécutives à l'enquête visent à favoriser le changement et l'amélioration systémiques.

L'Ombudsman des patients a décidé de ne communiquer aucun renseignement personnel afin de maintenir l'attention sur la plainte, les problèmes rencontrés et les recommandations issues de l'enquête. Seules les personnes et les organisations directement impliquées dans l'enquête ont reçu le rapport d'enquête complet. L'Ombudsman des patients continue de faire un suivi auprès de l'organisation du secteur de la santé pour en savoir plus sur ses efforts de mise en œuvre des recommandations.

Plainte

Le 12 octobre 2022, l'Ombudsman des patients a reçu une plainte du médecin de famille d'un patient et du mandataire spécial (MS) du patient exposant en détail une omission de communiquer un diagnostic de cancer et d'y donner suite.

En août 2021, le patient a été admis à l'hôpital pour une chirurgie orthopédique par le biais des services des urgences à la suite d'une chute ayant entraîné une fracture. Les tests qui ont été commandés au moment où le patient subissait une intervention chirurgicale ont indiqué que la cause sous-jacente de la fracture était le cancer. Le diagnostic de cancer n'a pas été communiqué au patient ni à sa famille et aucun traitement n'a été entrepris jusqu'à ce qu'un nouveau médecin de famille ait consulté le rapport en août 2022 et informe le mandataire spécial du patient et l'hôpital.

Le médecin de famille et le mandataire spécial ont porté plainte auprès de l'Ombudsman des patients parce que l'hôpital ne s'est pas excusé pour ce qui s'est passé, en particulier étant donné que le cancer du patient était resté non traité pendant un an et s'était métastasé dans les os du patient, lui causant une douleur insupportable. Le mandataire spécial était préoccupé que l'on ait attendu un laps de temps considérable pour un résumé écrit de l'enquête menée par l'hôpital et son examen de la qualité. Une lettre a été envoyée au mandataire spécial six mois après le dépôt de la plainte de ce dernier au service des relations avec les patients, mais elle n'expliquait pas comment on avait pu omettre le résultat ni ce que l'hôpital ferait pour éviter qu'une telle chose se reproduise. De plus, l'hôpital n'a pas reconnu l'incidence de cette erreur sur le patient ni présenté d'excuses au patient pour ce qui s'est passé.

Enquête

L'Ombudsman des patients a mené des entretiens avec le patient, le mandataire spécial, le médecin de famille, le personnel médical de l'hôpital, y compris les chirurgiens, les radiologues, les pathologistes, les oncologues, le personnel des relations avec les patients, les responsables des relations avec les patients, les responsables de la qualité et de la sécurité des patients, la direction et l'enquêteur de l'hôpital, ainsi que la direction et les gestionnaires responsables du dossier de santé électronique récemment mis en place par l'hôpital.

L'Ombudsman des patients a examiné plusieurs milliers de documents, y compris le dossier médical du patient, les échanges de courriels entre l'hôpital et le plaignant, la correspondance du médecin de famille du patient ainsi que la documentation dans notre dossier de règlement rapide. Nous avons examiné les politiques et procédures de l'hôpital concernant les relations avec les patients, les examens de qualité, la culture juste et les processus de divulgation, ainsi que le rapport d'incident et le diagramme de causalité produits par l'hôpital à la suite de son processus d'examen interne. Nous avons examiné des articles savants provenant de revues médicales et de qualité de la santé sur les sujets suivants : la gestion des résultats des tests cliniques, l'impact des dossiers de santé électroniques sur la pratique clinique, les processus de divulgation lorsqu'il y a des incidents liés à la sécurité des patients, et les principes d'une culture juste.

Recommandations

Non-communication des rapports critiques de pathologie

1. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital effectue une vérification ou une révision des rapports de pathologie afin de s'assurer que d'autres patients n'ont pas été victimes d'une négligence similaire.
2. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital offre une certaine formation supplémentaire aux chirurgiens orthopédistes et aux pathologistes rapporteurs afin de s'assurer que les chirurgiens orthopédistes et les pathologistes présentant des rapports comprennent correctement quels types de résultats seront communiqués par téléphone/courriel conformément aux politiques de l'hôpital.

Préoccupations du médecin concernant le système et le processus de réception des résultats de pathologie.

3. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital procède à une évaluation et collabore avec ses médecins pour voir ce qu'il peut faire de plus pour réduire la charge administrative des médecins.
4. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital mette en place un système de codage ou de signalisation dans le dossier de santé électronique, qui permet à la pathologie de déterminer les résultats anormaux et critiques, même s'ils ne sont pas « inattendus ».
5. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital prenne des mesures pour s'assurer que les médecins les plus responsables travaillant en rotation reçoivent les rapports de pathologie et puissent y donner suite.

Adéquation de l'enquête, de l'examen de la qualité et du rapport du système d'apprentissage de la sécurité.

6. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital mette à jour son processus d'examen de la qualité afin de s'assurer de ce qui suit :
 - Les évaluations sont effectuées en fonction de tous les faits pertinents d'un cas, y compris la recherche d'informations pertinentes sur les problèmes médicaux actuels d'un patient et l'incidence d'un incident de sécurité d'un patient sur sa santé ou sa qualité de vie.
 - Tous les cliniciens participant aux soins du patient devraient être consultés;
 - Les examens devraient tenir compte des facteurs systémiques potentiels, y compris ceux déterminés par l'Ombudsman des patients dans ce cas.
7. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital prenne des mesures pour s'assurer que la documentation dans les rapports du système d'apprentissage de la sécurité soit aussi complète et précise que possible afin de garantir que l'apprentissage se produise à partir de ce processus.
8. L'Ombudsman des patients recommande que l'hôpital modifie sa politique concernant les examens de la qualité et la politique concernant la divulgation afin de garantir que, après chaque événement de sécurité des patients causant des dommages : les faits matériels, les causes déterminées d'un incident de sécurité des patients, les mesures systémiques prises à la suite d'un examen de sécurité/de qualité des patients, soient entièrement divulgués au patient visé ou à son mandataire spécial. De plus, tout clinicien dont les actes ou les omissions sont jugés avoir contribué à l'incident devrait être informé de ce fait, peu importe s'il y a besoin ou non de mesures disciplinaires, et il devrait avoir la possibilité de réagir.
9. L'ombudsman des patients recommande que l'hôpital élabore une fiche d'information/un script standard à l'intention des patients et des aidants, décrivant le processus habituel de l'hôpital et les résultats potentiels d'une enquête sur la sécurité des patients et d'un examen de la qualité. Ce document devrait fournir suffisamment d'informations pour que les patients et les aidants puissent comprendre le processus, le calendrier, ce que l'on attend d'eux et le type d'informations qu'ils recevront à la fin de la procédure.

Transparence du service des relations avec les patients

10. L'ombudsman des patients recommande que le service des relations avec les patients élabore des supports de communication qui présentent de manière transparente le service des relations avec les patients et le rôle d'un spécialiste des relations avec les patients, y compris ses responsabilités en matière de gestion des risques. Les outils de communication devraient expliquer comment le service concilie ses responsabilités en matière de relations avec les patients et de gestion des risques (ou comment ces deux fonctions de son rôle sont complémentaires) et ce qu'un patient/mandataire spécial peut attendre de la procédure interne de traitement des plaintes.