

Résumé d'enquête

Une mauvaise communication a contribué au départ d'une patiente enceinte contre l'avis médical

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 8 juillet 2023, aux premières heures du matin, une femme de 40 ans s'est réveillée avec l'apparition de douleurs abdominales. La femme était enceinte et, parce que la douleur était intense, elle a tenté de se rendre à l'hôpital no 2, où elle avait des antécédents obstétricaux. En route vers l'hôpital no 2, la douleur est devenue insupportable, et la femme a décidé de changer de direction, se rendant d'elle-même au service d'urgence de l'hôpital no 1, qui était plus proche. Son mari est resté à la maison pour s'occuper de leur enfant de trois ans.

À son arrivée au service d'urgence de l'hôpital no 1, la femme était en détresse physique et émotionnelle. Elle a informé le personnel qu'elle pensait avoir une grossesse extra-utérine. La femme a été immédiatement triée et conduite dans une salle de la zone subaiguë pour évaluation. Un autre patient, qui vomissait, se trouvait dans la pièce avec la femme. La femme a demandé à être déplacée ailleurs et a été placée sur une civière dans le couloir de la zone subaiguë, où elle est restée pendant un peu moins de trois heures.

Les renseignements cliniques fournis à la femme étaient mal communiqués, sa détresse a été ignorée et ses demandes répétées d'aide ont été accueillies par des commentaires impolis et méchants du personnel. La femme pensait qu'elle ne recevait pas les soins dont elle avait besoin et, avec la douleur toujours importante, elle a décidé de partir et de chercher des soins ailleurs. L'infirmière a retiré le cathéter intraveineux de la femme avant qu'elle ne quitte. Le personnel d'urgence de l'hôpital no 1 n'a pas suivi la politique concernant les patients qui choisissent de partir contre l'avis médical (CAM). Cela comprend de communiquer au patient les risques de partir et faire signer au patient un formulaire pour reconnaître qu'il part malgré le risque.

La femme s'est rendue à l'hôpital no 2, où elle a été évaluée, sa douleur a été traitée, elle a reçu une échographie et elle s'est sentie écoutée. Les cliniciens de l'hôpital no 2 ont examiné l'échographie, mais comme la grossesse était précoce (sept à huit semaines), ils n'ont pas pu voir si l'embryon était présent ni où il se trouvait. La femme a reçu des rendez-vous pour une tomographie par ordinateur et la clinique de grossesse précoce, ainsi que des instructions de congé avant de partir.

Deux jours plus tard (le 11 juillet 2023) à l'hôpital no 2, la femme a été vue à la clinique de grossesse précoce et a été placée sur la « liste de chirurgie urgente ». La femme a subi une chirurgie laparoscopique pour une grossesse extra-utérine et l'ablation d'une trompe utérine partiellement rompue.

Enquête

L'ombudsman des patients a exploré les questions suivantes :

- Comment l'hôpital no 1 surveille-t-il, examine et fait-il un suivi des incidents où les patients partent sans l'autorisation du médecin?
- Quelle est l'obligation de l'hôpital no 1 en matière de sécurité des patients lorsque ces derniers quittent le service d'urgence sans avoir été autorisés par un médecin?

Les preuves pour cette enquête ont été recueillies lors d'entrevues officielles avec le plaignant et le personnel de l'hôpital, d'une révision de documents incluant des politiques et des dossiers de santé, ainsi que d'une analyse d'images de vidéosurveillance. D'ailleurs, l'ombudsman des patients a examiné des articles scientifiques liés au sujet.

Conclusions

Constatation 1 : La qualité des soins médicaux à l'hôpital no 1 a répondu aux normes attendues.

Constatation 2 : Une mauvaise communication du médecin envers le plaignant a contribué à la décision du plaignant de quitter le service d'urgence de l'hôpital no 1 sans autorisation médicale.

Constatation 3 : La communication centrée sur le patient n'était pas évidente ou démontrée dans le dossier médical électronique ou les images vidéo de sécurité respectivement à l'hôpital no 1.

Constatation 4 : Le personnel clinique de l'hôpital no 1 n'a pas respecté la politique des *Patients quittant contre l'avis médical* lorsque la plaignante a dit qu'elle allait partir pour chercher des soins ailleurs.

Constatation 5 : Le processus de plaintes interne pour ce cas n'a pas été suivi à l'hôpital no 1.

Constatation 6 : L'hôpital no 1 et l'hôpital no 2 font face à des pressions de capacité, chacun avec un modèle de soins différent. Ces différents modèles ont contribué aux expériences différentes du plaignant dans les deux services d'urgence.

Constatation 7 : Les initiatives d'amélioration de la qualité après des événements importants sont abordées différemment par les hôpitaux no 1 et no 2, ce qui a eu une incidence sur l'expérience du plaignant.

Conclusion

La communication et le comportement du personnel à l'hôpital no 1 ont créé une expérience pour le plaignant qui ne reconnaissait ni le traumatisme émotionnel d'une fausse couche ni la perte d'un enfant. Au lieu de cela, le plaignant a été soumis à un environnement rude et humiliant où la communication était brève et centrée sur les tâches.

Aucune tentative n'a été faite pour comprendre pourquoi la plaignante voulait partir CAM ou pour la dissuader en lui expliquant les risques et les avantages de partir plutôt que de rester. Le médecin a été informé du départ du plaignant après son départ, mais aucun suivi n'a été tenté.

L'hôpital no 1 n'a pas suivi le processus d'enquête établi dans sa politique de plainte. L'enquête de l'hôpital s'est limitée à une revue de dossier plutôt qu'à une approche plus approfondie conforme à la catégorisation de la plainte, ce qui aurait nécessité l'implication de toutes les parties.

Recommandations

L'ombudsman des patients formule les cinq recommandations suivantes à l'hôpital no 1 :

POLITIQUES ET PROCÉDURES

- 1) L'ombudsman des patients recommande que la politique des *Patients quittant contre l'avis médical* à l'hôpital no 1 soit examinée et mise à jour pour refléter les conclusions de la littérature récente mettant en lumière les raisons pour lesquelles les patients quittent contre l'avis médical, ainsi que l'incidence sur la mortalité, la morbidité, les taux de réadmission et les coûts des soins de santé¹. L'ombudsman des patients estime qu'incorporer les pratiques exemplaires et recommandations dans cette politique contribuera à lutter contre la stigmatisation des patients qui quittent contre l'avis médical et à réduire les taux de réadmission. Une fois que la politique a été mise à jour, les dirigeants devraient faire participer et surveiller le personnel pour s'assurer que la nouvelle politique est suivie de manière cohérente.
- 2) L'ombudsman des patients estime que les pratiques et la tenue des dossiers du service d'urgence de l'hôpital no 1 ne sont pas conformes aux politiques et procédures de l'hôpital qui mettent l'accent sur le transfert et la documentation des soins. L'ombudsman des patients recommande que l'hôpital no 1 fasse un audit pour repérer les lacunes dans les pratiques et les manquements futurs.

ÉDUCATION

- 3) L'ombudsman des patients recommande que le service des relations avec les patients soit requalifié sur la gestion des plaintes afin que toutes les demandes soient traitées en temps opportun. Le leadership de l'hôpital devrait s'assurer que tout manque de connaissance concernant le moment d'escalader une plainte est comblé et que des lignes directrices claires sont élaborées pour que le personnel des relations avec les patients puisse s'y référer.
- 4) L'ombudsman des patients recommande que les gestionnaires de service soient officiellement

formés à la manière de mener des enquêtes basées sur les plaintes qui sont approfondies et qui aboutissent à des résolutions et des solutions bénéfiques pour le personnel, les patients et les familles.

- 5) L'ombudsman des patients recommande que l'hôpital no 1 utilise des connaissances théoriques et une formation par simulation pour éduquer le personnel du service d'urgence sur la manière d'incorporer activement la communication centrée sur le patient dans leurs interactions avec les patients et les familles. Les interactions devraient inclure l'engagement des patients ou de leurs mandataires spéciaux dans le plan de soins, confirmer leur compréhension et fournir des mises à jour régulières.