

TRANSCRIPTION/TRANSCRIPTION EVENT/ÉVÉNEMENT

Mot de bienvenue et ouverture de l'assemblée

00:00

Dr Michael Cohen: Bonjour. Je suis le Dr Michael Cohen, président de l'Association canadienne de protection médicale. Bienvenue à l'assemblée annuelle 2021 de notre association.

00:18

J'aimerais commencer par dire que l'ACPM reconnaît que nos bureaux situés à Ottawa se trouvent sur le territoire non cédé de la nation algonquine Anishinabeg, dont la présence ici remonte à des temps immémoriaux. Bien que je sois à Ottawa aujourd'hui, je viens de Terre-Neuve-et-Labrador. Au nom de l'ACPM, je reconnais que l'île de Terre-Neuve est le territoire ancestral non cédé des Béothuks, dont la culture a été perdue à jamais et ne pourra jamais être récupérée. Je reconnais également que (langue autochtone) est le territoire traditionnel non cédé des Micmacs. Et je reconnais que le Labrador est la terre traditionnelle et ancestrale des Innus de Nitassinan, des Inuits de Nunatsiavut et des Innus de NunatuKavut. Nous reconnaissons tous les premiers peuples qui étaient ici avant nous, ceux qui vivent avec nous maintenant et les sept générations à venir.

01:21

J'aimerais également exprimer ma tristesse devant les découvertes horribles de tombes non marquées dans les pensionnats du Canada. Prenons un moment de silence pour reconnaître les vies qui ont été perdues.

(Moment de silence)

01:45

L'ACPM reconnaît qu'il existe un sys-, un racisme systémique inhérent dans nos structures de soins de santé dans la société canadienne. En tant qu'organisation, nous avons un rôle à jouer pour combattre le racisme dans les soins de santé et soutenir les communautés autochtones dans leurs efforts de guérison. Nous respectons et affirmons les droits inhérents aux traités de tous les peuples autochtones de ce pays. Le conseil de l'ACPM, moi-même et tout le personnel de l'ACPM continuerons d'honorer les engagements du Canada envers l'auto-détermination et la souveraineté que nous avons pris à l'égard des nations et des peuples autochtones.

02:29

Nous sommes heureux d'avoir plus de 201 membres de partout au Canada avec nous aujourd'hui. Nous avons également des représentants d'un certain nombre d'organisations de soins de santé. Merci à tous d'avoir pris le temps de vous joindre à nous. Je suis ravi d'accueillir tous nos membres et j'ai hâte d'explorer les procédés de collaboration avec nos partenaires du secteur de la santé.

02:51

Avant de commencer, j'aimerais vous présenter certains de mes collègues. Donc, moi-même, le Dr Michael Cohen, le Dr Lisa Calder, notre directrice générale, le Dr Darcy Johnson, membre de notre Conseil présent du Comité de vérification, M. Cory Garbolinsky, notre chef de la direction financière, le Dr Todd Watkins, notre directeur général adjoint, le Dr Pamela Eisener-Parsche, notre directrice administrative, Expérience membre et M. Domenic Crolla, chef du Contentieux de l'ACPM. Nous avons quatre anciens présidents de l'ACPM avec nous aujourd'hui: le Dr Debra Boyce, le Dr Jean-Joseph Condé, le Dr Edward Crosby et le Dr Michael Lawrence ainsi que tous les membres du Conseil de l'ACPM.

03:34

Merci à tous d'être des nôtres. Plus tard, au cours de la séance, nous vous présenterons les membres du Conseil nouvellement élus. Au cours des prochaines minutes, Lisa et moi ferons le bilan de l'année et expliquerons comment l'ACPM a continué à soutenir ses membres et à donner de la valeur au système de santé canadien. Mais tout d'abord, quelques détails d'intendance. Lisa?

03:56

Dr Lisa Calder: Merci Mike. Bienvenue à tous. Je suis le Dr Lisa Calder, directrice générale de l'ACPM. Alors, vous êtes des nôtres virtuellement, mais il y a plusieurs employés de l'ACPM ici et je veux vous assurer que nous respectons les directives en matière de distanciation physique et que toutes les personnes qui vous ont été présentées sont entièrement vaccinées.

04:24

Alors je voudrais commencer par vous parler des boutons qui se trouvent sur votre écran. Je vais vous expliquer ce qu'ils font. Sous les lecteurs vidéo, vous pouvez voir un bouton *Supporting Materials*, documentations et un bouton *Technical Support*. Cliquez sur le bouton *Supporting Materials* pour accéder aux documents d'aujourd'hui. Cliquez sur le bouton *Technical Support* si vous rencontrez des difficultés techniques. La réunion d'aujourd'hui se tiendra en anglais avec interprétation simultanée en français. Pour changer de langue, cliquez sur le bouton de basculement en haut à droite de votre écran. De temps en temps, Michael, moi-même pourront répéter un commentaire en français. Vous n'avez pas besoin de changer de langue à ce moment-là.

05:02

Pour poser des questions, cliquez sur le bouton posez une question *Ask a question* et soulevez votre question en anglais ou en français. Si vous êtes sur un appareil mobile, le bouton est vert avec un point d'interrogation. Je tiens à vous informer que conformément à notre Règlement, seuls les membres à jour dans le paiement de leurs cotisations sont autorisés à poser des questions sur les affaires de l'ACPM et à voter sur les motions. Nous sommes toutefois ravis de reconnaître tous nos membres qui ne sont pas actuellement actifs et qui se joignent à nous aujourd'hui. Si vous visualisez l'événement d'aujourd'hui en mode plein écran, il se peut que vous ne puissiez pas voir les boutons que je viens de mentionner. Si c'est le cas, veuillez réduire votre affichage.

05:44

Lorsqu'un vote est requis, seuls les membres en règle pourront voir la fenêtre de vote et voter conformément aux termes de notre Règlement. Lorsque nous sommes prêts à voter, la fenêtre de vote apparaîtra à l'écran et une musique sera diffusée. Nous allons d'abord chercher un co, un motionnaire et un co-motionnaire. Ces boutons apparaîtront sur votre écran. Une fois que la motion a été proposée et appuyée, tous les membres verront un écran de vote et pourront voter pour approuver ou rejeter la motion ou s'abstenir. Les noms de l'auteur de la motion et de celui qui l'a appuyée s'afficheront au bas de la fenêtre de vote. Une fois que vous avez voté, veuillez cliquer sur le bouton Confirmer. Nous informerons lorsque le vote sera sur le point de se terminer.

06:24

À vous Mike.

06:25

Dr Michael Cohen: Merci Lisa. Notre séance d'éducation Décisions en matière de diagnostic : interventions pour des diagnostics plus sécuritaires se déroulera après notre réunion d'affaires. Je vous encourage tous à rester en ligne. Vous y recevrez des conseils pratiques pour réduire vos risques et gagner de précieux crédits de développement professionnel. Après la réunion et la séance d'information, vous recevrez un sondage par courriel. Veuillez prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Voilà, les détails administratifs étant maintenant réglés, je demande à Lisa de procéder à l'ouverture de la réunion.

07:01

Dr Lisa Calder: Puisque nous disposons du quorum nécessaire, je déclare l'assemblée dûment constituée et ouverte.

07:15

Dr Michael Cohen: Deux scrutateurs ont été identifiés avant la réunion d'aujourd'hui. S'il n'y a pas d'opposition, les docteurs Condé et Crosby seront nommés scrutateurs du vote. S'il vous plaît faites-nous savoir si vous avez des objections maintenant en utilisant le bouton Poser une question/*Ask a question*. Rappelez-vous, vous ne serez pas en mesure de voir le bouton Poser une question en mode plein écran. Nous allons maintenant marquer un temps d'arrêt pour permettre aux objections d'être signalées.

(Temps d'arrêt)

07:58

Comme il n'y a pas d'objections, les docteurs Condé et Crosby sont nommés scrutateurs du vote.

08:05

J'aimerais maintenant obtenir l'approbation, votre approbation pour le procès-verbal de 2020 disponible sur le site web. Veuillez appuyer, veuillez utiliser le bouton pour proposer l'adoption du procès-verbal et pour le proposer et l'appuyer. Et si vous avez des questions, appuyez sur le bouton Poser une question.

(Temps d'arrêt)

09:07

Merci. La motion a été proposée par le Dr Sam Daniel et appuyée par le Dr John Turner. Aucun amendement n'a été proposé au procès-verbal de l'assemblée annuelle 2020. J'inviterais maintenant les membres à voter pour approuver le procès-verbal de l'assemblée annuelle 2020.

(Temps d'arrêt)

09:42

Merci à tous ceux qui ont voté. Le procès-verbal de la réunion annuelle 2020 est approuvé.

Faits saillants de l'année

00:00

Dr Michael Cohen: L'année qui vient de s'écouler a été incroyablement difficile pour les médecins et les soins de santé. Chaque jour, nos médecins-conseils ont entendu les témoignages de membres confrontés aux défis de la pandémie et aux répercussions de la prestation des soins de santé. Nous savons que beaucoup d'entre vous sont aux prises avec des changements dans leurs champs d'exercice, notamment l'intégration des soins virtuels. Nous entendons vos préoccupations concernant les arriérés, les retards dans les soins. Nous comprenons votre angoisse de devoir allouer des ressources limitées et nous reconnaissons que vous êtes soumis à des pressions financières.

00:39

Nous constatons que ces défis affectent votre santé et votre bien-être personnels. Nous vous remercions pour tout ce que vous faites. Votre persévérance, votre dévouement et vos compétences font une différence dans la vie d'innombrables patients partout au Canada. Lisa.

00:59

Dr Lisa Calder: En tant que médecin et directrice générale de l'ACPM, je suis fière de la réaction à ce qui a été une période incroyablement stressante et difficile pour les médecins canadiens. Je suis également fière de la façon dont l'ACPM a continué à aider ses membres et à favoriser l'amélioration des soins de santé. Et je sais que cela n'a pas été facile.

01:30

Lors de l'assemblée annuelle de l'année dernière, j'ai partagé trois objectifs en tant que directrice générale de l'ACPM : être là pour les membres, moderniser l'ACPM et le faire de façon collaborative. Ces 12 derniers mois, nous nous sommes concentrés sur la

réalisation de ces objectifs et sur la création de valeur ajoutée pour les membres et le système de santé. Laissez-moi vous dire comment.

01:54

Pendant la pandémie, nous continuons à fournir des informations de qualité et (inaudible) sur des sujets clés du COVID, comme les protocoles de triage en soins intensifs et les questions relatives aux vaccins. Nous offrons également des conseils avisés et un soutien empathique pour aider les membres à gérer les défis liés à la sécurité des patients et les préoccupations médico-légales.

02:15

En 2020, nos médecins-conseils de confiance ont répondu à plus de 23 000 appels de consultation. Les membres qui se sont adressés aux médecins-conseils font état d'un taux de satisfaction de 97 % et d'une réduction de 72 % des niveaux de stress grave et nous font confiance pour fournir des informations et des conseils pertinents et précieux. Les membres nous confient également leurs problèmes de bien-être. Chaque jour, nous recevons des centaines de messages de membres, y compris de membres fortement stressés par un événement médico-légal. À chaque conversation avec un membre, nous offrons des conseils empathiques et un soutien compatissant de pair à pair. Ces conversations sont souvent centrées sur les problèmes de santé et de bien-être.

02:58

Le Conseil et la direction reconnaissent l'importance du bien-être des membres et nous avons récemment pris un certain nombre de mesures pour mieux soutenir le bien-être des médecins, notamment en créant un service de soutien de bien-être des médecins. Nous améliorons activement notre capacité à aider les membres en détresse et nous collaborons avec des partenaires pour aborder le bien-être des médecins dans tout le pays.

03:22

Voici une citation de notre sondage auprès des membres de 2020, une citation parmi tant d'autres, qui montre à quel point nos membres apprécient le soutien et les conseils de l'ACPM.

03:42

Dr Michael Cohen: L'ACPM, au nom des membres, compense les patients lésés par des soins médicaux négligents, ce qu'on appelle la faute au Québec. Bien que le montant annuel varie, nous avons versé un total cumulatif de 1,1 milliard de dollars en compensation aux patients au cours des cinq dernières années et un total de 206 millions de dollars en 2020. Notre objectif est de prévenir les préjudices aux patients par l'éducation et le soutien, mais lorsqu'il est prouvé qu'un préjudice a été causé, nous offrons des indemnités aux patients de façon rapide et appropriée. Nous investissons également de manière judicieuse pour nous assurer que nous conserverons les fonds suffisants pour indemniser les patients aujourd'hui et à l'avenir.

04:28

En tant que composante essentielle du système de santé, l'ACPM milite pour des améliorations qui permettent aux membres de se concentrer sur la prestation de soins sécuritaires et de qualité pour le patient. Tout au long de la pandémie, nous avons plus que jamais défendu nos intérêts. Nous avons appuyé les appels à l'action pour plus d'équipement de protection individuelle. Nous avons répondu aux points chauds de la pandémie en travaillant avec les ministères de la Santé de l'Ontario et du Québec, du Manitoba et de l'Alberta et nous avons appuyé l'élaboration de politiques sur les protocoles de triage en soins critiques.

05:02

Nous avons exhorté les gouvernements provinciaux à fournir une protection médico-légale pour les soins prodigués en cas de COVID. Nous avons également fourni des réflexions et une expertise sur des sujets tels que l'aide médicale à mourir, les soins virtuels, le retour à la pratique et les médias sociaux. Nous avons également créé récemment un service d'engagement stratégique et de défense des intérêts afin de renforcer notre action de défense. Tous ces efforts contribuent à améliorer la sécurité des soins aux patients et l'environnement dans lequel nos membres exercent leur profession.

05:38

L'ACPM valorise et favorise l'apprentissage continu tant pour ses membres que pour l'ensemble du système de la santé. Depuis la pandémie, nous avons adapté nos produits d'apprentissage à un monde numérique, vous offrant ainsi une formation sur les soins de, médicaux sécuritaires au bout de votre doigt, au bout de vos doigts plutôt. Parmi les principaux exemples, citons la transformation de notre symposium de résidents et nos ateliers de formation des enseignants en événements virtuels attrayants. Nous avons publié des nouvelles ressources sur les bonnes pratiques, qui comprennent des stratégies accréditées et faciles à lire pour relever les défis de la pratique dans la vie réelle.

06:16

Nous avons proposé des activités d'apprentissage en ligne accréditées et fondées sur des données probantes et nous avons lancé le balado *Practically Speaking*. Notre filiale, Saegis, a également élaboré des ressources pour aider les équipes, les professionnels de la santé et les institutions à gérer les risques des dossiers médico-électroniques. Son programme d'apprentissage en ligne accrédité Saegis Shield Cybersécurité et *Privacy* aide les cliniques, les hôpitaux et les institutions à protéger les informations sur la santé des patients. Saegis continue également à offrir des programmes très efficaces de communication cli-, clinique et de culture juste dans le domaine de la santé, aidant les institutions et les professionnels de la santé à améliorer la sécurité des patients. Vous pouvez trouver plus d'information sur les programmes de Saegis sur son site. Lisa?

07:10

Dr Lisa Calder: Merci Mike. Mike vient de vous présenter quelques-unes de nos ressources d'apprentissage. L'ACPM possède la plus grande collecte de données médico-légales sur les médecins au monde. Nous utilisons des données pour

parfaire notre formation sur les soins médico-sécuritaires et apporter des améliorations positives à la pratique clinique et au système de santé. Au cours de la dernière année, nous avons publié des articles dans des revues respectées évaluées par des pairs, notamment un manuscrit sur la gestion des voies respiratoires et les risques médico-légaux dans le *Journal canadien d'anesthésie*. Nous avons également fourni beaucoup d'information aux chercheurs et à d'autres. Nous avons également fourni de l'information en termes sécuritaires.

07:56

Tout ce travail vise à améliorer les services de santé et de sécurité. S'il y a une chose que la pandémie nous a apprise, c'est que nous devons continuer à faire évoluer notre association pour répondre à vos besoins de changement. Cela inclut se concentrer sur l'amélioration, l'amélioration de l'équité, de la diversité et de l'inclusion. Suivant les conseils du Conseil, nous, et de nos dirigeants, nous avons commencé à élaborer une stratégie réfléchie et pluriannuelle pour favoriser l'EDI pour nos employés, nos conseillers et nos services aux membres.

08:44

Dans le cadre de ce travail, nous avons créé un comité de l'EDI du Conseil et mis sur pied un comité directeur de gestion de l'équipement de, de protection, pardon, de l'équité, de la diversité et de l'inclusion. Nous savons que nous n'avons pas, nous n'avons pas à y arriver seuls. C'est pourquoi nous avons établi un partenariat avec le Centre canadien pour la diversité et l'inclusion, une organisation caritative spécialisée pour la promotion de la diversité et de l'inclusion. Nous nous engageons à écouter et apprendre avec nos membres afin de mieux comprendre leurs expériences et leurs défis. Nous avons parlé à un certain nombre de médecins à travers le pays, ainsi qu'à des dirigeants de l'Association des médecins autochtones du Canada et des Médecins noirs du Canada.

09:24

Notre travail en matière d'EDI est un travail de longue haleine et j'ai hâte de vous tenir au courant de l'élaboration d'une stratégie visant à soutenir un environnement de travail équitable, diversité, diversifié, inclusif pour nos employés et à améliorer nos services aux membres.

09:43

Dr Michael Cohen: Merci Lisa. J'espère que cela vous donne une vision plus claire de la façon dont l'ACPM apporte une valeur ajoutée à ses membres, aux patients et au système de la santé.

09:53

Maintenant, jetons un coup d'œil à nos informations financières. Nous allons commencer par un message du Dr Darcy Johnson, président du Comité de vérification. À vous Darcy.

Rapport de 2020 du Comité d'audit de l'ACPM

00:00

Darcy Johnson: Merci Dr Cohen. Le Comité d'audit de l'ACPM est composé de cinq membres du Conseil et de deux consultants experts du domaine financier. Tous sont indépendants en regard de la direction. Le comité se réunit tous les trois mois pour s'acquitter de ses obligations de façon appropriée conformément aux principes d'une bonne gouvernance et à de solides procédures opérationnelles.

00:23

En tant que président du Comité d'audit, je suis heureux de vous faire part de nos activités quant aux états financiers de 2020 qui ont été préparés par la direction et vérifiés par la firme KPMG. Le Comité d'audit a analysé ces états financiers avec la direction et les vérificateurs. KPMG a attesté qu'ils représentent bel et bien les résultats de fonctionnement de 2020 et la situation financière de l'Association au 31 décembre 2020.

Rapport financier 2020

00:00

Darcy Johnson: Je passe maintenant la parole à notre chef de la direction financière, M. Cory Garbolinsky, qui vous parlera du rapport financier de 2020. À vous Cory.

00:13

Cory Garbolinsky: Merci Dr Johnson et bon après-midi à tous.

00:17

Aujourd'hui, je vais vous présenter un résumé de nos finances de 2020 et vous expliquer notre modèle financier. Pour obtenir plus de détails, veuillez consulter les états financiers consolidés 2020 sur le site web de l'ACPM. Le modèle financier de l'ACPM compte plusieurs composantes inter-reliées: la cotisation, les coûts médico-légaux, les sommes requises pour régler les réclamations à venir et notre portefeuille de placements. Nous devons disposer de fonds suffisants pour porter assistance à nos plus de 104 000 membres et pour verser au nom de nos membres une compensation aux patients ayant subi un préjudice découlant de soins négligents, ou au Québec, d'une faute professionnelle.

01:04

Voici certains des principes clés de notre modèle financier. Premièrement, la protection fondée sur la survenance de l'événement qui signifie que les membres sont admissibles à une assistance à n'importe quel moment à l'avenir pour autant qu'ils aient été membres au moment de la prestation des soins en question. Par exemple, un médecin à la retraite pourrait être admissible à une assistance pour des soins qu'il aurait déjà prodigués. L'horizon financier pour le règlement de tous les dossiers pouvant découler d'une année donnée est long. En fait, nous devons détenir les fonds requis pour pouvoir régler tous les dossiers possibles dans les 35 à 40 ans suivant la prestation des soins.

01:40

Deuxièmement, notre objectif financier est de détenir au moins un dollar d'actif pour chaque dollar de passif pour pouvoir verser des compensations appropriées aux patients et à leurs familles. Nous ne cherchons pas à générer de profits. Troisièmement, les membres assument la totalité des coûts de leur protection par l'intermédiaire de leurs cotisations. Nous avons donc perçu en 2020 les sommes requises pour la protection de nos membres à l'égard de tous les événements qui, bien qu'ayant eu lieu en 2020, pourraient n'être constatés que jusqu'à décennies plus tard.

02:13

Quatrièmement, le modèle financier de l'ACPM comporte des mécanismes d'autocorrection. Parfois, nos résultats réels diffèrent des résultats que nous avons estimés. Cela peut créer un excédent ou un déficit temporaire. En tant qu'organisation sans but lucratif, nous ne pouvons pas verser de dividendes à nos membres mais si

nous disposons d'un excédent temporaire, nous pouvons réduire la cotisation. Laissez-moi vous expliquer comment les diverses composantes de notre modèle financier sont inter-reliées.

02:45

Notre situation de capitalisation, soit la différence entre l'actif et le passif de l'Association est un facteur clé pour la détermination de la cotisation pour une année donnée. La cotisation sert à payer les coûts médico-légaux de la protection et de l'assistance offerte à nos 104 000 membres. L'évolution des coûts médico-légaux détermine l'ampleur de la provision requise pour les réclamations en suspens. Par provisions, on entend les sommes requises pour verser des compensations financières appropriées aux patients ayant subi un préjudice et pour assumer les futurs frais de justice et d'administration.

03:23

Nous disposons également d'un solide portefeuille de placements. Nous cherchons à ce que le rendement de nos placements couvre environ le tiers des coûts de la protection de nos membres. Enfin, tout changement dans notre situation de capitalisation est fonction de l'interaction des composantes financières que je viens de vous présenter.

03:43

Jetons maintenant un coup d'œil à nos finances de 2020. La cotisation perçue en 2020 servira à payer les coûts médico-légaux découlant des soins prodigués en 2020, lesquels pourraient donner lieu à une poursuite d'ordre médico-légale dans les 35 à 40 prochaines années. Nous investissons ces sommes dans le but d'obtenir un rendement qui couvrira le tiers du coût total de la protection pour une année donnée. Il y a une relation entre les coûts annuels estimés de la protection, tels que calculés par notre équipe d'actuaire, et la cotisation perçue.

04:20

La différence entre ces deux lignes indique les ajustements apportés à la cotisation pour qu'elle reflète la situation financière dans nos quatre régions tarifaires au cours des cinq dernières années. Si nous sommes en situation de surcapitalisation, nous pouvons réduire la cotisation, au besoin, par l'application de crédits de cotisation. Les actuaire de l'ACPM ont estimé que le coût de la protection pour 2020 s'élève à \$608 millions. Grâce à une situation financière favorable dans la région tarifaire Saskatchewan, Manitoba, provinces de l'Atlantique et territoires, et dans celle du Québec, l'Association a pu réduire la cotisation dans ces régions d'environ \$40 millions. La cotisation totale qui a été perçue s'est élevée à environ \$568 millions, ce qui correspondait à nos estimations.

05:14

La cotisation constitue l'élément autocorrectif de notre modèle financier. Pour une année donnée, nous l'augmentons ou la réduisons en fonction de la situation des autres composantes de notre modèle financier. En 2021, pour l'ensemble des régions, nous avons réduit la cotisation de \$99,5 millions. La Dre Calder reviendra sur ce point lorsqu'elle présentera la cotisation de 2022.

05:39

Passons maintenant aux coûts médico-légaux. Nous percevons la cotisation pour payer les coûts médico-légaux, lesquels couvrent le versement de compensations financières aux patients ayant subi un préjudice, les frais de justice et d'experts, les programmes éducatifs sur les soins médicaux sécuritaires et les coûts liés à la gestion de l'Association. Les compensations financières versées aux patients représentent notre charge la plus importante. Dans ce graphique couvrant les cinq dernières années, les colonnes en bleu indiquent les compensations financières versées annuellement et celles en vert, les frais de justice annuels.

06:14

En 2020, l'Association a versé \$206 millions aux patients, ce qui représente \$17 millions de moins qu'en 2019. Bien que le moment total annuel varie d'une année à l'autre, l'ACPM a versé plus de \$1 100 000 000 en compensations financières dans les cinq dernières années. Au cours de la même période, les frais de justice se sont élevés à \$892 millions. La légère hausse de 1% constatée dans les frais de justice depuis 2019 est principalement attribuable à une hausse des coûts liés aux plaintes au collège, aux plaintes intrahospitalières et à d'autres affaires. Bien que le nombre de dossiers ait en fait affiché une baisse, les coûts ont augmenté en raison du plus grand nombre d'heures consacrées à répondre à des demandes de conseils juridiques dans le contexte de la pandémie.

07:04

Il est important de constater que les tendances et les coûts ne s'équivalent pas dans nos quatre régions tarifaires. Quarante pourcent de nos membres exercent en Ontario mais les frais de justice et les montants que les tribunaux accordent en compensations aux patients y sont les plus élevés, ce qui veut donc dire que plus de 50% de nos coûts annuels proviennent de cette région. Ces variations régionales en matière de coûts font en sorte que la cotisation que les membres doivent verser varie en fonction de leur région. La provision pour réclamations en suspens est la somme de tous les coûts médico-légaux prévus qui découleront des soins prodigués par des membres au cours des trois à quatre dernières décennies.

07:42

En ce qui concerne les soins prodigués en 2020, nous devons prévoir et nous assurer de disposer des sommes requises pour couvrir les frais liés à ces soins, que ce soit pour verser une compensation aux patients ou pour porter assistance à nos membres pour les 35 à 40 prochaines années. La majeure partie de la provision est vouée au versement de compensations aux patients et représente près de \$3 milliards. Nous analysons la provision chaque année et, en 2020, nous l'avons abaissée de \$146 millions en raison d'une amélioration des tendances quant aux coûts.

08:18

Pour assurer une surveillance accrue, l'ACPM retient les services d'un examinateur en actuariat, Ernst & Young, qui effectue le calcul de cette provision de façon indépendante. La provision est par la suite vérifiée par KPMG dans le cadre de leur audit externe des états financiers de l'ACPM. La composante Placements de notre

modèle financier est étroitement liée à la provision. La provision comprend une estimation des tendances en matière de paiements que nous utilisons pour modéliser notre portefeuille de placements. Notre portefeuille de placements cible l'obtention d'un rendement à long terme de 5,5%. Notre portefeuille de placements compte deux objectifs. Premièrement, investir la cotisation pour réduire d'environ le tiers les sommes que nous devons percevoir auprès des membres à l'avenir. Et deuxièmement, générer un rendement qui atteint ou dépasse notre cible de 5,5%.

09:19

Les colonnes mauves indiquent le rendement hypothétique de nos placements en ayant recours à la cible de 5,5% au cours des 10 dernières années. Les colonnes vertes indiquent le rendement réellement obtenu. Comme vous pouvez le voir, nous avons dépassé la cible d'environ \$1 100 000 000 au cours des 10 dernières années en raison du rendement favorable des marchés financiers, lequel a dépassé nos attentes. Ce rendement excédentaire a alimenté la croissance de la situation de l'actif net de l'ACPM, ce qui pourrait nous permettre d'abaisser la cotisation au cours des années à venir. En 2020, le rendement a été de 4,8%, ce qui est inférieur à notre cible de 5,5% et probablement attribuable à la volatilité de l'ensemble des marchés financiers au cours de cet exercice.

10:13

Passons enfin à la situation de capitalisation qui est tributaire de toutes les autres composantes du modèle financier. La situation de capitalisation est la différence entre le montant total de l'actif de l'Association soit principalement le portefeuille de placement et le montant total de son passif soit principalement la provision pour réclamations en suspens. Nous adoptons une approche à long terme pour la gestion de nos finances. Nous reconnaissons que notre situation est fondée sur l'estimation des coûts dont la pleine ampleur ne sera connue que dans de nombreuses années. Ainsi, nous optons pour une approche mesurée en matière de finances, ce qui veut donc dire que nous ne réagissons pas de façon radicale tant aux insuffisances qu'aux excédents temporaires de l'actif net.

10:59

Notre situation de capitalisation au cours des 10 dernières années le reflète bien. À la clôture de l'exercice 2020, le montant total de notre actif se situait à 134% du montant total du passif estimé, générant ainsi une surcapitalisation de \$1 444 000 000. Il s'agit d'une amélioration marquée par comparaison avec 2014 où l'on constatait un déficit de \$360 millions. Cette amélioration est attribuable à un rendement des placements supérieurs aux prévisions et à une croissance moindre que prévue des coûts médico-légaux. Cette solide situation financière nous permettra de faire face à toute autre perturbation que la pandémie de COVID-19 pourrait infliger aux marchés financiers, ainsi qu'à toute autre fluctuation du volume de dossiers médico-légaux.

11:48

Nous reconnaissons que cette situation de capitalisation est supérieure aux attentes et qu'elle pourrait nous permettre de réduire la cotisation à l'avenir. La Dre Calder reviendra sur ce point dans quelques minutes lorsqu'elle présentera la cotisation de 2022.

12:03

En guise de conclusion, j'aimerais faire un résumé des cinq points à retenir. Premièrement, les diverses composantes de notre modèle financier sont inter-reliées et comportent des mécanismes d'autocorrection. Deuxièmement, en raison de la protection fondée sur la survenance de l'événement qu'elle offre, l'ACPM fonctionne selon un horizon financier pouvant atteindre quatre décennies, ce qui lui permet de protéger ses membres bien après leur retraite. Troisièmement, notre situation de surcapitalisation en 2020 devrait rassurer les membres et leurs patients que nous serons là pour eux, au besoin. Quatrièmement, l'ACPM gère sa situation de capitalisation principalement au moyen de l'augmentation ou de la réduction de la cotisation. Et finalement, la solidité de notre présente situation de capitalisation est principalement attribuable au fort rendement de nos placements au cours des 10 dernières années ainsi qu'à des coûts médico-légaux plus bas que prévus.

13:04

Dr Cohen, je répondrai avec plaisir à toute question à la fin de l'assemblée dans le cadre de la période de questions.

Cotisation globale requise par région en 2022

00:00

Dr Michael Cohen: Merci Cory. Et maintenant, Lisa va partager des informations au sujet des exigences des cotisations et aussi les résultats des élections. Lisa.

00:16

Dre Lisa Calder: Nous reconnaissons que la pandémie a exercé une certaine pression financière sur le système de santé du Canada. Nous nous sommes engagés à utiliser nos ressources de façon efficace et efficiente et à contenir la hausse des coûts de la protection en matière de responsabilité médicale. Je suis heureuse d'annoncer qu'en 2022, la cotisation sera réduite dans les quatre régions tarifaires. Au cours des prochaines années, nous continueront d'abaisser la situation de notre actif net dans chaque région tarifaire au moyen de réductions de la cotisation, ce qui contribuera à stabiliser notre situation financière.

01:04

Avant de passer à la cotisation globale par région, j'aimerais clarifier les concepts de région tarifaire et de cotisation globale. Pour refléter les différentes structures de coûts de la protection en matière de responsabilité médicale que l'on constate au pays, et par souci d'assurer une allocation équitable des coûts, l'ACPM a établi quatre régions tarifaires. Ces régions sont: Colombie-Britannique et Alberta, Ontario, Québec, et Saskatchewan, Manitoba, provinces de l'Atlantique et territoires. Chaque région est indépendante et il n'y a pas de financement interrégional. Par exemple, si une région se trouve en situation de sur ou de sous-capitalisation, cela n'affecte pas les autres régions. La cotisation globale est le montant total qui est requis pour une région donnée divisé par le nombre de membres de cette région.

02:10

La cotisation globale n'est qu'une moyenne. Elle ne représente pas la cotisation qu'un membre doit payer. Pour établir la cotisation de chaque membre, nous calculons d'abord la cotisation globale pour la région et nous nous basons sur ce calcul pour déterminer les cotisations dans cette région en fonction du code de travail.

02:38

Voici maintenant la cotisation globale de 2022 par région tarifaire, en commençant par la Colombie-Britannique et l'Alberta. Le coût global par membre prévu en 2022 pour la Colombie-Britannique et l'Alberta est de \$5,283. Toutefois, compte tenu de notre solide situation financière, nous pouvons réduire ce montant de \$1,418 par membre. En Colombie-Britannique et en Alberta, la cotisation globale est en baisse de 16% par comparaison avec 2021, soit une réduction de \$17 millions, pour un total de \$109,1 millions. Tous les membres de la Colombie-Britannique et de l'Alberta bénéficieront d'une baisse de leurs cotisations.

03:35

Passons à l'Ontario. Le coût de la protection en matière de responsabilité médicale est plus élevé en Ontario que partout ailleurs au pays, ce que reflète la cotisation des membres de cette région. En 2022, on prévoit que le coût de la protection en matière de responsabilité médicale en Ontario sera de \$7,537 par membre. Toutefois, puisque l'Ontario se trouve également en situation de surcapitalisation, la cotisation globale par membre est réduite de \$1,756, soit une baisse de \$55 millions dans l'ensemble de cette région tarifaire. Cela représente une diminution de 20% par rapport à l'an dernier.

04:31

Comme nous l'avons signalé dans le cadre de l'Assemblée annuelle précédente, les coûts prévus pour la protection en matière de responsabilité au Québec ont progressé à un rythme plus lent que dans d'autres régions au pays. En général, pour ce qui est des compensations financières versées aux patients, nous n'avons pas constaté le même niveau de variance d'une année à l'autre au Québec que dans les autres trois régions. Ainsi, en plus d'être la plus basse au pays, la cotisation est généralement stable dans cette région.

05:09

Compte tenu de la situation de surcapitalisation de la région du Québec, nous pouvons une fois de plus y réduire la cotisation. La cotisation globale par membre est donc de 45% inférieure à celle de 2021 dans cette région.

05:28

Tournons-nous maintenant vers la région Saskatchewan, Manitoba, provinces de l'Atlantique et territoires. Puisque cette région est celle qui compte le moins de membres, un ou deux dossiers médico-légaux peuvent affecter radicalement sa situation de capitalisation globale. Ainsi, nous adoptons une approche conservatrice lorsque nous établissons la cotisation pour cette région. En 2022, compte tenu de la situation positive de l'actif net de ces régions, la cotisation globale par membre y est réduite de 4%.

06:09

Comme vous pouvez voir dans ce résumé, il existe d'importantes différences régionales en matière de coût de la protection, et l'Ontario est de loin la région où ces coûts sont les plus élevés. L'ACPM s'est engagée ne prélever auprès de ses membres que les sommes requises pour leur offrir une protection efficace en matière de responsabilité médicale dans le cadre d'un modèle durable. Nous tenons ainsi à rassurer les membres qu'ils auront accès à une assistance s'ils ont à faire face à un problème médico-légal. Notre engagement envers vous, nos membres, n'a pas changé et ne changera pas.

06:51

Maintenant que je vous ai présenté la cotisation globale par région, voici un exemple pratique de la cotisation que les médecins de famille exerçant sous le code de travail 35 auront réellement à payer en 2022, par comparaison avec 2021, dans nos quatre régions tarifaires. Le barème des cotisations 2022 est maintenant accessible sur notre site web. Les factures individuelles seront accessibles en ligne sur le portail sécurisé de notre site web à l'automne et vous en serai avisé par courriel. Soyez assurés que l'ACPM continuera d'explorer les occasions de tirer parti de ses connaissances pour accroître la sécurité des patients et de réduire les cotisations, sans pour autant compromettre sa stabilité financière, sa capacité à verser, au nom de ses membres, des compensations financières aux patients ou encore le soutien qu'elle offre aux médecins, que ce soit aujourd'hui, demain ou dans un avenir lointain. Merci.

Résultats de l'élection du Conseil de l'ACPM de 2021

00:00

Dr Lisa Calder: Maintenant, c'est avec grand plaisir que je vous présente les résultats des élections de 2021 au Conseil de l'ACPM.

00:16

Chaque année, des mises en candidature et des élections peuvent survenir pour environ le tiers des 31 postes au Conseil de l'ACPM dans nos 10 régions. Afin d'assurer adéquatement la représentation de toutes les spécialités en médecine, chirurgie et médecine générale, les membres intéressés à un poste au conseil doivent exercer dans l'une des deux divisions A ou B. Tout membre de l'ACPM d'une région et d'une division pour laquelle des postes au conseil sont à pourvoir par nomination ou élection peut se porter candidat.

01:02

Cette année, des élections ont eu lieu afin de pourvoir 12 postes au conseil dans quatre régions: Colombie-Britannique et Yukon, Manitoba, Ontario et Québec. De plus, une élection a eu lieu pour un nouveau poste pancanadien dans la division A devant être occupé par un membre inscrit dans un programme de résidence au Canada. À la suite d'un vaste appel de candidatures, le Comité des candidatures de l'ACPM et les membres de l'ACPM ont recommandé 22 candidats ayant une expérience et des

antécédents variés pour les élections. Nous saluons l'intérêt et l'engagement de ces médecins hautement compétents envers la gouvernance de l'Association.

01:58

Nous les remercions chaleureusement d'avoir posé leur candidature en ces temps difficiles et nous remercions aussi les membres qui ont proposé la candidature de leurs collègues. Nous remercions également tous les membres de l'ACPM qui ont pris le temps de participer au scrutin. Nous savons que la situation est très difficile et nous apprécions votre participation aux élections. Le scrutin visait les membres des régions comptant des postes à pourvoir et pour le poste pancanadien de résident, l'ensemble des membres dans tout le pays. Et maintenant, en voici les résultats.

02:41

Dans la région 1, le Dr Curry a été réélu dans la Division A et la Dre Leung a été élue dans la Division B. Au Manitoba, le Dr Johnson a été réélu à un poste à pourvoir dans la Division A ou B. Dans la région 5, nous avons trois candidatures pour les deux postes à pourvoir dans la Division A. Les docteurs Healey et Hemans ont été élus au Conseil. Dans la Division B de la région 5, nous avons cinq candidatures pour les trois postes à pourvoir. Les docteurs Barron et Craigen ont été réélus et le Dr Sullivan a été élu. Dans la région 6, des six candidatures que nous avons pour les trois postes à pourvoir dans la Division B, les docteurs Brossard et Trudeau ont été réélus et la Dre Lalonde a été élue. Enfin, la Dre Januszkiewicz a été élue au poste pancanadien de résident dans la Division A.

04:09

Nous remercions tous les membres qui ont posé leur candidature à ces élections et apprécions la diversité qu'ils représentent. Puisqu'il est crucial de nos jours de compter sur un leadership solide, ces personnes méritent notre profonde gratitude pour leur volonté de servir l'ACPM.

04:31

J'aimerais maintenant remercier les membres qui quitteront le Conseil. Le Dr Crawford, en poste au Conseil depuis 1997, les docteurs Cooper et Naysmith, tous deux en poste depuis 2003, la Dre Rinaldi, en poste depuis 2008, la Dre Molgat qui s'est jointe à nous en 2018 et la Dre Boyce, qui a siégé 13 ans au Conseil, dont deux années à titre de présidente. C'était un plaisir de collaborer avec chacun de ces membres du Conseil et nous les remercions de leur engagement envers l'Association et les membres pendant leur mandat au Conseil de l'ACPM.

05:19

Enfin, je suis heureuse de vous présenter les 31 membres de votre Conseil 2021-2022 par région. Nous remercions tous les membres du Conseil de leur engagement envers l'ACPM et ses membres et de leurs efforts pour améliorer le système de santé canadien. Je passe maintenant la parole au Dr Cohen.

Période de questions

00:00

Dr Michael Cohen: Nous vous avons fourni beaucoup d'information. J'aimerais maintenant ouvrir la salle virtuelle aux questions des membres de l'ACPM. Seuls les membres actuels de l'Association peuvent poser des questions. Pour poser une question, veuillez cliquer sur le bouton Poser une question/*Ask a question* situé au bas du lecteur vidéo ou sur le point d'interrogation vert sur un appareil mobile. N'oubliez pas que vous ne pouvez pas voir le bouton en mode plein écran. Nous avons déjà reçu quelques questions alors commençons par là.

00:35

Todd Watkins: Merci Michael et bonjour tout le monde. Je m'appelle Todd Watkins, je suis le directeur général associé et je vais travailler avec ma collègue, la Dre Pamela Parsche, qui va nous aider avec des questions en français. La première question nous arrive de la Dre Gigi Osler de Winnipeg. Bonjour, Gigi. Voici ce qu'elle dit. Merci pour le rapport de l'équipe de vérification. Prévoyez-vous des répercussions positives ou négatives sur les soins en mode virtuel pour ce qui est des responsabilités médico-légales? Merci. Je vais demander à Cory de répondre à cette question.

01:15

Cory Garbolinsky: Merci Mike, et merci Dr Osler. Je crois qu'il est bien trop tôt pour faire des déterminations, à savoir s'il y aura des impacts sur les coûts médico-légaux quant aux soins en mode virtuel, mais nous suivons cette situation de près.

01:33

Todd Watkins: Merci Cory. La deuxième question nous arrive de, du Dr George Carson à Regina. Bonjour George. Voici, et c'est bien qu'il y ait des cotisations spécifiques aux régions que vous avez reflétées dans les cotisations générales globales, mais est-ce que les types de travail ont été appliqués dans toutes les régions ou, et sont-ils individualisés pour des expériences dans chaque région? Par exemple, est-ce que les obstétriciens vont payer la même chose, la même portion, plutôt, dans chacune des régions? Merci de votre question. Cory.

02:10

Cory Garbolinsky: Merci Dr Carson. Le point clé dont il faut se souvenir, c'est qu'il faut tenter d'examiner quel est le coût potentiel dans chacune des régions. Et ça c'est établi en fonction de quelle sera la cotisation dans cette région. Et ensuite, nous examinons la position financière dans cette région et potentiellement, nous allons faire un, une, un ajustement avec un crédit ou un débit. Lorsque nous regardons un domaine spécialisé comme les obstétriciens, à ce moment-là, nous examinons comment est-ce que les obstétriciens et les coûts associés à ce type de travail seront comparés aux autres domaines dans cette région. Ensuite, nous faisons une comparaison entre les différentes régions et nous choisissons la cotisation qui représente ce risque.

03:01

Donc dans votre cas, les obstétriciens ont le taux de risque le plus élevé pour ce qui est des coûts et donc vous auriez la cotisation plus élevée dans cette région-là.

03:15

Todd Watkins: Merci Cory. Nous n'avons pas d'autres questions à ce stade-ci, Mike, alors je me demandais si nous allions prendre une pause pour voir s'il y a des questions supplémentaires. Peut-être qu'en attendant, Mike, en attendant d'autres questions, Dr Calder aimerait expliquer comment nous avons basculé notre session d'éducation en ligne et les répercussions par rapport à la recherche et l'éducation au pays.

03:48

Dr Lisa Calder: Bien sûr, Todd. La pandémie a eu un impact important sur la façon que nous offrons l'éducation dans notre, à notre association. Nous sommes un des plus grands fournisseurs d'éducation au pays. Nous nous déplaçons partout au pays et nous faisons 300 présentations par année. Lorsque la pandémie est arrivée, nous avons dû nous changer rapidement pour l'éducation en mode virtuel. Nous sommes tellement fiers du symposium des résidents qui, par le passé, était un symposium en personne que nous pouvions offrir à toutes les écoles médicales, mais maintenant, cette formation est offerte en ligne.

04:28

Nous avons eu une très bonne réponse de la part des résidents, beaucoup plus de participation, un taux de satisfaction élevé et c'est également un, une session d'éducation qui avait été cocrée. Nous sommes très heureux avec les résultats. Nous avons également lancé le pratique des bonnes pratiques. Il y a énormément de ressources pour les apprenants, les enseignants, les professeurs qui visent à obtenir des crédits. Et cela a également été couronné de succès avec plusieurs visiteurs. Donc, nous avons étudié comment nous pouvons offrir notre formation en ligne à l'avenir. Nous allons examiner un modèle hybride. Il y aura des présentations en personne lorsque ça sera sécuritaire de le faire tout en offrant des produits éducatifs de grande qualité.

05:21

Todd Watkins: Merci Lisa. La prochaine question nous vient du Dr Modupe Tunde-Byass de Gormley, qui dit merci, Cory, de cette excellente présentation. Vous avez versé 1,1 million de dollars en compensation et apporté une réduction de près de 90 millions de dollars pour les honoraires juridiques. Est-ce que vous prévoyez une réduction similaire dans les cotisations correspondantes à ces réductions? Merci de la question, Cory.

06:01

Cory Garbolinsky: Je veux simplement clarifier une, une chose qui se trouve dans la question. Vous avez raison, depuis cinq ans, nous avons versé 1,1 milliard de dollars en compensation aux patients au nom de nos membres. Et pendant cette même période, les frais juridiques étaient de l'ordre de 900 millions de dollars. La réduction à laquelle vous faites allusion dans votre question concerne notre provision

de la fin de 2020 et toutes les, les tendances en matière de coûts réunies à ce moment-là. Nous avons pensé que nous pouvions réduire la valeur de la provision parce que les coûts ont légèrement baissé. Et donc, nous revoions notre provision chaque année en fonction des coûts à venir, tels que nous pouvons les prévoir.

06:54

La deuxième partie de votre question porte sur une réduction similaire des, dans les cotisations. Comme je l'ai dit dans la vidéo, nous estimons que notre situation financière est très saine, très robuste, meilleure que ce à quoi nous nous attendions. Donc, nous pensons pouvoir continuer d'offrir des crédits de cotisation à l'avenir pour ramener notre situation financière à celle que nous souhaitons.

07:19

Dr Michael Cohen: Merci Cory. La prochaine question vient du Dr Rob Robson de Dundas. Rob dit comme vous le savez, deux projets de démonstration commenceront en Colombie-Britannique pour évaluer l'impact des approches restauratives suivant un préjudice suivi par un patient. Est-ce que l'ACPM encouragera ses membres à participer à ces projets de démonstration, ces projets-pilotes? Merci de la question. Je l'adresse à Pam.

07:48

Pamela Eisener-Parsche: Merci Mike. Merci Dr Robson de cette formidable question. À l'ACPM, nous reconnaissons qu'il existe un racisme inhérent dans notre système de soins de santé, dans la société canadienne. Et cela nous préoccupe beaucoup et nous tenons compte des traumatismes intergénérationnels dans ces populations. Nous apprenons, grâce à l'expérience des membres, l'expérience qui façonne l'expérience de nos populations autochtones. Nous avons aussi participé à des échanges avec ces groupes en Colombie-Britannique qui explorent ces enjeux afin de mieux comprendre les mécanismes de règlement des différends pour mieux soutenir nos membres dans le cadre de ce processus.

08:34

Merci de cette excellente question. Nous sommes impatients de travailler avec nos partenaires en Colombie-Britannique.

08:42

Todd Watkins: Merci Pam, et merci Rob de cette excellente question. C'est vrai que c'est une période fascinante alors que nous faisons évoluer la façon dont nous travaillons avec les membres.

08:58

Question de Saskatoon. Je serais intéressé de connaître des modélisations de coûts dans différentes régions du pays vu les changements survenus dans l'exercice de la médecine, donc les coûts futurs de modélisation par rapport aux, à nos engagements financiers à l'avenir. Merci. M. Cory s'il vous plaît.

09:22

Cory Garbolinsky: Merci Dr Rossi. Je pense qu'il est important de savoir que notre modélisation actuarielle est fondée sur les, les montants versés. Donc, je pense que vous faites allusion au nouveau paysage médical, qu'il s'agisse des soins virtuels ou autres et à l'incidence de ces enjeux à l'avenir. C'est certainement quelque chose que nous considérons et suivrons de près quant à savoir si cela entraînera une modification des cotisations immédiatement. Il faut quand même voir l'impact de ces changements, de ces tendances avant de pouvoir apporter des modifications.

10:01

Todd Watkins: Merci Cory. Pam, je vous donne la parole. Je pense que la prochaine question vient (inaudible) du Québec.

10:09

Pamela Eisener-Parsche: Merci. C'est formidable de voir que vous êtes si mobile. Pour expliquer comment le Québec se retrouve avec un moindre coût pour les réclamations? Cory? En fait, c'est peut-être Domenic qui va répondre à cette question.

10:36

Domenic Crolla: Merci de la question et donc, la réponse à cette question est multifactorielle. Il y a certainement une culture judiciaire légèrement différente au Québec pour ce qui est des niveaux de dommages-intérêts accordés. Il est difficile de dire que cette culture judiciaire soit la seule raison expliquant le phénomène. Il y a aussi un cadre réglementaire robuste au Québec. Plusieurs questions sont régies par ce contexte réglementaire. C'est quelque chose que nous considérons soigneusement depuis des années. Au bout du compte, il s'agit de la volonté des avocats de lancer des réclamations, d'intenter des réclamations. C'est une différence qui, qui est intéressante, que nous continuons de, de suivre au fil des années.

11:43

Todd Watkins: Merci Dom. La prochaine question vient du Dr Shirley Katz de Thornhill en Ontario. Par rapport aux relations publiques, CBC Radio-Canada a transmis une émission disant qu'au Canada, aucun patient ne peut gagner une poursuite parce que l'ACPM est si puissante. Il n'a pas été question du fait que l'ACPM va protéger, en fait, le patient et aucune mention des coûts, or, de l'éducation que dispense l'ACPM pour réduire les préjudices. Donc, c'était négatif pour les médecins et assez mauvais pour l'ACPM. Merci de cette question. Je demanderais à Lisa d'y répondre.

12:27

Dr Lisa Calder: Merci Dr Katz. Nous avons eu l'occasion de participer à des entretiens avec les médias. Par exemple, j'ai donné un entretien à W5 au printemps et notre objectif était de clarifier ces malentendus, clarifier cette fausse information qui entoure l'ACPM et mon objectif était d'expliquer notre proposition de valeur ajoutée. Évidemment, quand on rencontre les médias, j'ai fait une entrevue, un entretien de 20 minutes, j'ai pu justement soulever tous les arguments, tous les points

que vous évoquez, la valeur de notre travail, notre travail d'éducation, mais ce n'est pas nécessairement repris dans, dans ce qui est retransmis.

13:13

Sur notre site web, nous avons affiché des messages récemment très clairs sur justement ces enjeux, sur la fausse information qui circule sur l'ACPM, et cette page de notre site web évoque la façon dont nous cherchons à améliorer les soins de santé. Donc, je vous encourage à aller en prendre connaissance sur notre site web. Nous encourageons toujours le public à se renseigner sur notre proposition de valeur ajoutée pour le public. Et je suis très heureuse de voir que vous reconnaissez cette, cette valeur à l'ACPM.

13:49

Todd Watkins: Le Dr Abdullatif Haresha de Winnipeg. Le Dr Haresha demande si l'ACPM a des plans pour rémunérer les médecins qui sont accusés à tort par les patients. Et fait cette suggestion, en fait, à l'Association pour l'avenir. Je vais demander à notre chef du contentieux, M. Crolla, de répondre à la question.

14:18

Domenic Crolla: Merci de cette question. Comme vous le savez peut-être, l'Association est un organisme de défense mutuelle, créé dans le but de défendre les médecins contre des réclamations ou des actions, des poursuites des patients ou des organismes de réglementation. Ce n'est pas un organisme qui est censé indemniser les médecins. Cela dit, des réclamations qui n'aboutissent pas contre les médecins sont telles que les, les dépens peuvent être attribués aux poursuivants, aux patients. Et donc, une réclamation qui est faite à tort, où l'action est mal menée, peut entraîner l'attribution des dépens au plaignant.

15:11

Todd Watkins: Une question du Dr Sankar Prakash de Windsor. Est-ce qu'il y a un montant maximum établi pour une affaire donnée par l'ACPM? Un montant maximum de compensation? Merci de la question. M. Cory.

15:32

Cory Garbolinsky: Merci Dr Prakash. Non, il n'y a aucune limite quant à la portée de l'aide que l'ACPM pourrait offrir.

15:42

Todd Watkins: Lisa?

15:44

Dr Lisa Calder: J'ajouterais que votre question concernait la compensation des patients et s'il y a des plafonds imposés au niveau de la compensation des patients. Il y a certaines distinctions juridictionnelles dans ce domaine. Peut-être que Dom pourrait nous donner quelques précisions.

16:03

Domenic Crolla: Oui. Merci de me donner l'occasion d'intervenir pour ajouter quelques mots. Parce que l'ACPM n'est pas une compagnie d'assurance, il n'y a pas de maximum de, de compensation payable pour une réclamation, quelle qu'elle soit. Toutefois, les tribunaux eux-mêmes ont établi des normes et il y a aussi des lois dans certains cas qui limitent les montants dans certains cas. Du point de vue d'un membre de l'Association qui demande l'aide de l'ACPM et qui l'a reçue, si une compensation doit être payée, il n'y a pas de montant préétabli.

16:49

Dr Michael Cohen: La prochaine question vient du Dr Melanie Chan de Richmond Hill en Ontario. Avec les soins virtuels accrus, est-ce que l'ACPM pourra assurer la protection des médecins qui font de la télémédecine si le médecin est à l'extérieur du pays? Merci de cette question. Pam?

17:11

Pamela Eisener-Parsche: Merci Mike. Merci de la question. L'ACPM n'offre pas d'aide de, aux membres qui exercent à l'extérieur du Canada. Si un membre est à l'extérieur du Canada à long terme et offre des soins virtuels à des patients au Canada, le membre ne re-, ne sera pas admissible à l'aide de l'ACPM, que le problème ait commencé au Canada ou à l'extérieur. Nous aidons les médecins canadiens dans des dossiers médico-légaux survenant aux Canadiens. Nous n'assurons pas la protection de médecins qui exercent à l'extérieur du Canada sauf pour de très brèves périodes de temps, par exemple, une courte vacance ou une conférence professionnelle à l'étranger.

18:00

Pour une absence à plus long terme, vous ne serez pas admissible à l'aide. Certains membres se sont retrouvés à l'extérieur du pays à cause de la pandémie. Dans cette situation, on vous aviserait d'appeler l'Association pour recevoir des conseils précis sur votre admissibilité à l'aide, à l'aide de l'ACPM.

18:20

Todd Watkins: Merci Pam. La prochaine question est Dr Ming-Ka Chan. On était camarades de classe à Western et à plusieurs années à Winnipeg. Alors, c'est formidable de voir que les résidents sont représentés au sein du Conseil. Est-ce que nous devrions penser avoir deux membres résidents et suivre le même modèle que les, les universités? Cela dit, vu le travail d'EDI, comment assurons-nous une bonne représentation, une bonne représentativité au sein de l'ACPM et du Conseil? Merci de cette question.

18:54

Nous sommes réceptifs à l'idée d'avoir un deuxième résident. Nous avons décidé de commencer par un cette année. Nous avons une excellente réaction à cela. Plusieurs résidents étaient intéressants et oui, la suggestion sera faite au Conseil pour l'examen de la création d'un deuxième poste. En ce qui concerne votre question sur l'EDI, nous appuyons la diversité et les, les expériences vécues au Conseil. Ces expériences font partie de notre processus de mise en candidature et nos candidats sont invités à nous

dire quelle pourrait être leur contribution à la diversité au sein du Conseil. Tous les candidats passent par un processus d'évaluation qui tient compte de l'EDI.

19:42

Nous avons eu plus de succès au cours des dernières années pour élargir la diversité des candidats et nous considérons, continuons d'encourager les membres à considérer des perspectives, des points de vue différents lorsqu'ils votent. Nous travaillons à l'établissement de stratégies pour augmenter l'équité, la diversité et l'inclusion pour nos membres et au sein du Conseil. Merci de cette question. Lisa.

20:08

Dr Lisa Calder: Oui, merci de cette excellente question. Du point de vue de l'accroissement de la diversité au niveau de la haute direction, au niveau de la gestion de l'ACPM, je peux vous dire que cela sera un aspect clé de notre stratégie EDI. Il faudra voir comment encourager la diversité à tous les niveaux de l'Association. Nous sommes très impatients de travailler avec le CCDI dans ce domaine. Le fait que nous ayons pu travailler virtuellement depuis le début de la pandémie nous a permis de créer des occasions de recrutement. Donc, restez à l'écoute.

20:50

Todd Watkins: Merci Lisa. La prochaine question vient du Dr Randall Giuffre – pardon si j'ai mal prononcé votre nom – de Calgary. Veuillez nous informer des tendances à la hausse des coûts à l'ACPM, coûts de défense des médecins contre les organismes de réglementation du pays. Merci de la question, Dr Giuffre. C'est une question intéressante.

21:22

Cory Garbolinsky: Jusqu'en 2020, dans les 10 années précédentes, nous avons vu une forte augmentation dans les affaires concernant les, les Collèges. Mais les coûts s'étaient nivelés dans les derniers temps, donc une démarcation, une différence de 1 % en 2020 simplement parce qu'il y a eu moins de cas en 2020, mais les dossiers que nous avons reçus étaient beaucoup plus complexes à cause de la pandémie. En 2021, nous voyons plus de dossiers concernant les, les Collèges, les affaires réglementaires, donc nous allons surveiller cela de près et nous tenterons de travailler plus étroitement avec les Collèges et les organismes de réglementation.

22:08

Peut-être que Dom a quelque chose à ajouter à ce sujet.

22:12

Domenic Crolla: Merci Cory. C'est une excellente question. Comme Cory l'a dit, l'accroissement des coûts associés à la défense des médecins auprès de leurs Collèges respectifs est une affaire de volume. Pendant les années mentionnées par Cory, il y a eu plus d'affaires portées devant les Collèges. Cela dit, ces plaintes viennent de patients. Elles sont générées par des patients qui souhaitent donc déposer une plainte ou souffrent d'une préoccupation auprès d'un Collège. Les membres sont alors admissibles à l'aide de l'ACPM.

22:53

Les coûts associés à la défense des médecins n'ont pas augmenté dans mon (inaudible). Donc c'est simplement que le volume des dossiers a augmenté. Et si les volumes se stabilisent, nous pensons que les coûts devraient se stabiliser également.

23:14

Todd Watkins: Merci Dom. Michael, nous arrivons à la fin de la période de questions et je n'ai pas d'autres questions. Il nous reste cinq minutes. Alors Mike, peut-être que Pam pourrait parler de notre travail au niveau du bien-être des médecins. C'est un domaine prioritaire pour nous et les membres sont peut-être intéressés de savoir ce que nous faisons là tous les jours.

23:45

Pamela Eisener-Parsche: Oui. Nous reconnaissons l'impact qu'a eu la pandémie sur le bien-être des médecins. Tel que Lisa l'a mentionné plus tôt, nous avons eu plusieurs appels téléphoniques, 30 000 de fait. Les membres appellent et demandent nos conseils, de l'aide avec une question médico-légale. Et ce qui est tout, sous-jacent à la vaste majorité de ces appels, c'est le stress, la détresse et des questions de bien-être des médecins.

24:19

Nous reconnaissons que nos membres sentent vraiment le stress d'avoir à pratiquer dans cet environnement. Les médecins-conseils offrent des conseils de pair à pair, mais aussi on tente d'aider le médecin au moment où il appelle. Et les rétroactions que nous avons reçues de la part des membres, c'est que ces interactions ont eu des répercussions positives sur leur bien-être. En plus, nous voulons nous assurer que les sites internet aient des informations appropriées et qu'ils soient plus accessibles aux membres. Nous avons beaucoup, beaucoup plus de visites dans la section bien-être des médecins par rapport aux années précédentes.

24:59

Nous avons également créé un département de Bien-être des médecins et nous allons utiliser ce département et les collègues afin de pouvoir collaborer avec nos partenaires d'un bout à l'autre du pays afin de pouvoir élaborer des nouveaux programmes qui vous sont utiles, qui vous seront utiles. Une exemple, un exemple, plutôt, de collaboration, c'est que nous avons travaillé de pair avec le programme de, du, avec le Collège des chirurgiens et des médecins de l'Ontario. Nous avons, entre autres, nous avons examiné également la question des suicides auprès des médecins. Et nous voulions examiner ce que nous pourrions faire de différent. Beaucoup de travail à faire. Ce nouveau département a été mis sur pied et on se réjouit de travailler avec nos partenaires au cours des prochains mois.

25:52

Dr Michael Cohen: Merci Pam. Y a-t-il d'autres questions?

25:56

Todd Watkins: Il y a une autre question importante et je crois que l'on pourrait terminer là. Encore une fois, ça vient du Dr Modupe Tunde-Byass, et Modupe,

j'espère, je crois avoir mal prononcé votre nom la première fois, j'en suis désolé. Elle dit je dois féliciter Lisa d'avoir mis sur pied cet échange sur le EDI. Comment l'ACPM prévoit mobiliser les médecins qui jugent ne pas avoir été bien représentés par l'ACPM et qui jugent avoir été victimes d'un certain niveau de discrimination?

26:30

Dr Lisa Calder: Merci Modupe. Je suis très heureuse que vous soyez avec nous, vous, avec nous aujourd'hui. C'est une question importante. Lorsque j'ai dit que nous avons appris de la part de nos membres, eh bien nous communiquons directement avec nos membres, pas seulement pour se faire dire que l'ACPM va bien, que c'est une bonne association, mais aussi on veut savoir quels ont été les problèmes avec la prestation des services par notre association. On doit mieux comprendre les impacts du racisme par rapport à l'expérience des clients et aussi dans la prestation de nos services. C'est une partie importante de notre stratégie qui est menée par Pam.

27:06

Ça fait partie de ce que nous continuons à faire pour avoir des échanges avec les médecins qui veulent s'entretenir avec nous pour savoir comment nous pouvons renforcer nos services aux membres afin de pouvoir offrir des men-, des services qui sont plus sensibles aux différentes cultures. Mais aussi, on veut savoir lorsque les médecins sont victimes de racisme afin de pouvoir renforcer nos programmes.

27:31

Pamela Eisener-Parsche: Ici Pam. Quel privilège de pouvoir m'entretenir avec plusieurs personnes qui ont été victimes de racisme, soit de racisme systémique ou au cours de votre pratique. C'est un honneur d'avoir entendu ce qui s'est passé dans vos pratiques, et d'avoir partagé votre vécu avec moi. Et nous avons, nous tentons à nous ajuster en fonction de ces commentaires. Je suis ouverte à avoir davantage de ce genre de discussions avec des médecins qui sont prêts à discuter de ces défis avec nous.

28:04

Todd Watkins: Cela étant dit, Mike, ça conclut la période de questions et réponses.

Dr Mike Cohen: Merci. J'aimerais remercier toutes les personnes qui ont posé des questions, toutes les personnes qui sont avec nous aujourd'hui qui nous ont écoutés. Je crois qu'au (inaudible), nous avons eu 321 participants et participantes. C'est, c'est bien. C'est très bien. Et donc, cela conclut la période de questions et réponses.

28:25

Avant de lever la séance, Lisa va nous faire part de quelques réflexions sur la façon de l'ACPM envisage l'avenir.

Regard vers l'avenir

00:00

Dr Lisa Calder: Merci Mike. Et merci tout le monde d'avoir été avec nous aujourd'hui. Il ne fait aucun doute que la COVID-19 demeure une réalité constante pour les médecins canadiens et que certains des problèmes liés à la pandémie, comme les arriérés chirurgicaux et les retards dans d'autres aspects des soins cliniques se feront sentir pendant des années à venir. Malgré tout, l'ACPM est là pour vous. Quel que soit l'évolution des soins de santé et des défis à relever sont nombreux, nous resterons votre partenaire dans la pratique.

00:35

En terminant, j'aimerais remercier nos 104 000 membres, médecins-membres pour la confiance qu'ils accordent. Merci d'avoir continué à prodiguer les soins aux patients dont ils ont besoin. Cela conclut notre réunion. Veuillez rester en ligne pour notre excellente formation menant à l'accréditation à 14 h 45. Merci.

Séance éducative – Décisions en matière de diagnostic : interventions pour un processus plus sécuritaire

0:00:00

Tino Piscione: Bienvenue à la session éducative de l'assemblée annuelle de 2021 de l'ACPM intitulée *Décisions en matière de diagnostic – interventions pour un processus plus sécuritaire*. Merci de vous joindre à nous aujourd'hui pour ce qui, nous l'espérons, fournira des informations pratiques et des idées pour vous aider à améliorer la sécurité de vos évaluations diagnostiques à réduire le risque de préjudice pour les patients dans votre pratique et à réduire votre risque de problèmes médicaux légaux.

0:00:27

La séance d'aujourd'hui est certifiée en tant que programme d'apprentissage de groupe par le Collège des médecins de famille du Canada, ainsi qu'en tant qu'activité d'apprentissage de groupe accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Des renseignements supplémentaires concernant la réclamation des crédits sont disponibles sur notre site Internet.

0:00:48

Cette séance a été élaborée par les membres de l'ACPM et les médecins exerçant au Canada qui comprennent les défis auxquels sont confrontés les médecins qui effectuent des évaluations diagnostiques dans les circonstances actuelles causées par la pandémie avec des restrictions sur l'accès aux services, aux soins et dans les conditions requises pour assurer la sécurité des patients et des fournisseurs.

0:01:11

Ces conditions resteront à l'ordre du jour de cette session alors que nous nous pencherons sur certaines des questions qui sous-tendent l'erreur de diagnostic et plus particulièrement sur les facteurs qui influent sur les décisions des diagnostics dans le

but de vous fournir des conseils pratiques et des stratégies que vous pourrez appliquer dans votre milieu de travail pour optimiser la sécurité des soins et réduire les risques médicaux légaux.

0:01 :36

À ce stade-ci, j'aimerais vous dire que je suis un résident d'Ottawa et l'ACPM reconnaît que nos bureaux situés à Ottawa se trouvent sur le territoire non cédé de la nation algonquine Anishinabeg dont la présence ici remonte à des temps immémoriaux. J'aimerais également exprimer ma tristesse face aux découvertes horribles de tombes anonymes dans les pensionnats du Canada. Prenez un moment de silence pour reconnaître les vies qui ont été perdues.

(pause)

0:02:28

L'ACPM reconnaît qu'il existe un racisme systémique inhérent dans nos structures de soins de santé et dans la société canadienne. Nous savons que cela a créé beaucoup de traumatismes intergénérationnels et de tristesse pour les peuples autochtones et les autres. En tant qu'organisation, nous avons un rôle à jouer pour combattre le racisme dans les soins de santé et soutenir les communautés autochtones dans leurs efforts de guérison.

0:02:59

Nous respectons et affirmons les droits inhérents aux traités de tous les peuples autochtones de ce pays. Le conseil de l'ACPM, moi-même et tout le personnel de l'ACPM continuerons d'honorer les engagements du Canada envers l'autodétermination et la souveraineté que nous avons pris envers les nations et les peuples autochtones.

0:03:26

Je m'appelle Tino Piscione et je suis un des co-animateurs et modérateurs de la session d'aujourd'hui. Je suis le directeur intérimaire du programme d'apprentissage de soins médicaux sécuritaires, la branche d'éducation de notre organisation. J'ai une formation clinique en néphrologie pédiatrique. Je travaille pour l'ACPM depuis sept ans.

0:03:49

Janet Nuth: Bonjour tout le monde. Je m'appelle Janet Nuth et je suis médecin-conseil pour l'apprentissage de la sécurité des soins médicaux depuis 13 ans. J'ai travaillé comme médecin-urgentiste à l'Hôpital d'Ottawa pendant plus de 25 ans. Et maintenant, l'heure est arrivée pour savoir un peu plus qui est avec nous aujourd'hui. Nous allons lancer notre premier sondage. Et lequel des énoncés décrit le mieux le rôle ou votre pratique professionnelle? Donc par exemple, si vous êtes dans un domaine de spécialité médicale comme la pédiatrie, la médecine physique et la réadaptation, choisissez « C ».

0:04:23

Tino Piscione: Pendant que vous votez, parlons un peu plus de la session d'aujourd'hui. Tout d'abord, nous allons commencer par créer le contexte avec nos trois messages clés suivis d'une série de questions de sondage testant votre compréhension

des facteurs de risque associés aux erreurs de prises de décisions diagnostiques et à la responsabilité médico-légale.

0 :04 :50

Nous utiliserons ensuite trois scénarios cliniques différents pour mettre en lumière les problèmes communs et les facteurs de risque observés dans les dossiers de l'ACPM impliquant une erreur diagnostique. Après chaque présentation de scénario, un panel d'experts médico-légaux fournira un aperçu des principes médico-légaux, des pièges de la pratique et des stratégies plutôt de sécurité applicable à chaque scénario.

0 :05 :19

Chaque fois que nous passerons à notre panel, nous vous inviterons à soumettre des questions au panel spécifiques aux problèmes soulevés dans la présentation du scénario. Nous prendrons ensuite les 20-30 dernières minutes de la session d'aujourd'hui pour permettre des questions de nature générale liées spécifiquement au sujet d'aujourd'hui, l'erreur de diagnostic et la prise de décision diagnostique. Nous concluons ensuite en récapitulant nos messages clés et en vous rappelant de compléter l'évaluation pour les événements d'aujourd'hui.

0 :05 :48

Janet Nuth: Nous avons la chance d'avoir trois panélistes très expérimentés avec nous aujourd'hui. La docteure Louise Dion, médecin-conseil principal auprès des Services médico-légaux. Elle s'est jointe à l'ACPM en 1998 et a travaillé comme chirurgienne traumatologue et intensiviste à Miami et à Montréal. La docteure Shirley Lee est médecin-conseil en apprentissage des soins médicaux sécuritaires. Elle a exercé comme médecin urgentiste universitaire à Toronto et continue d'offrir des services dans la médecine d'urgence à Ottawa.

Et finalement Donna MacKenzie fait partie des Services de contentieux de l'ACPM. Elle est associée au cabinet de Gowling WLG à Ottawa. Elle travaille avec l'ACPM depuis plus de 25 ans. Voici nos divulgations de conflits d'intérêts. Tous les médecins présentateurs sont des employés rémunérés de l'ACPM et Mme MacKenzie est une employée de Gowling. Le Dr Picher (ph) est également membre du Comité de planification scientifique de Saegis, une filiale de l'ACPM.

0 :06 :57

Par ailleurs, aucun des membres du corps professoral, n'a aucune n'a d'autres affiliations financières ou professionnelles qui pourraient être perçues comme un conflit d'intérêts. Ces diapositives attestent des mesures qui ont été prises par le comité de planification scientifique pour atténuer tout parti pris résultant des affiliations divulguées dans la divulgation – dans la diapositive précédente.

0 :07 :20

Les vignettes de cas de cette présentation sont à des fins éducatives seulement et sont basées sur des dossiers réels de l'ACPM. Mais elles ont été dépersonnalisées et modifiées pour protéger la vie privée. Nous vous demandons de ne pas photographier, enregistrer ou diffuser ces cas.

0 :07 :36

Tino Piscione: Nos objectifs d'apprentissage pour aujourd'hui tels qu'ils sont présentés sur ces diapositives, sont les suivants : dresser la liste des pratiques spécifiques qui reflètent une prise de décision diagnostique raisonnable, mais nous allons également décrire des stratégies pratiques qui soutiennent des évaluations diagnostiques plus sûres et nous allons discuter de l'importance d'améliorer la communication au sein de l'équipe pour promouvoir des décisions diagnostiques plus sûres.

0 :08 :00

Voici nos messages clés d'aujourd'hui. Le premier message clé est le suivant : Qu'est-ce qui m'échappe? Les évaluations incomplètes sont de loin le facteur contribuant le plus souvent à l'erreur de diagnostic, ne pas s'assurer que l'on a des pièces du casse-tête à assembler. C'est un problème qui est amplifié dans certains contextes comme celui des soins virtuels.

0 :08 :25

Il est bon de commencer par reconnaître la possibilité de lacunes dans l'information – pardon – au cours de l'évaluation. Demandez-vous si vous avez toutes les informations dont vous avez besoin pour poser un diagnostic raisonnable.

0:08:45

Janet Nuth: Voici le deuxième message clé. Il ne s'agit pas d'être parfait. Lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic, nous ne sommes pas toujours parfaits. En fait, les tribunaux et les collègues le comprennent. Ils ne s'attendent pas à la perfection. On attend d'eux qu'ils fassent preuve d'une compétence et d'un jugement raisonnable lorsqu'ils prennent des décisions en matière de diagnostic. Laissez exprimer la documentation de la rencontre clinique, votre évaluation, votre diagnostic différentiel, votre plan de diagnostic et de traitement, et comment tout cela reflète la façon dont votre prise de décision était raisonnable dans les circonstances.

0:09:24

Tino Piscione: Notre troisième message clé établit un lien entre la prise de décision diagnostique et l'efficacité du travail d'équipe et de la communication au sein de l'équipe. Tirer parti de la communication avec les autres prestataires pour assurer que tout le monde est sur la même longueur d'onde et pour sensibiliser l'équipe à des situations. Nous ne réalisons souvent pas que nous sommes en difficulté jusqu'à ce qu'il soit trop tard. C'est là que la conscience de la situation entre en jeu dans la prévention des préjudices et des erreurs de décision.

0 :09 :54

Le fait de pouvoir cibler ces situations à haut risque lorsqu'il peut y avoir des préjudices graves cela peut améliorer la sécurité et réduire les risques médico-légaux. Alors, Janet, nous savons que la dernière fois nous avons presque 500 participants et participantes en ligne et environ 41 % sont des médecins de famille; 10 % sont des chirurgiens et chirurgiennes; et 20 à 25 % sont des spécialistes dans un domaine médical.

0:10:33

Lorsque Janet et moi nous parlons aux médecins par rapport à l'erreur diagnostique, on comprend que la plupart des médecins jugent être plutôt confiants dans leur capacité de prendre des décisions diagnostiques. Nous passons beaucoup de temps au niveau de la formation, de la perfection professionnelle à affiner notre art du diagnostic. Dans de nombreux contextes de pratique, être un diagnosticien avisé est considéré comme la marque d'un excellent médecin.

0:11:04

Pourtant nous ne sommes pas toujours exacts dans nos évaluations diagnostiques pour plusieurs raisons. Selon une publication historique de l'Académie nationale de médecine des États-Unis, cette publication s'intitule *Improving Diagnosis and Healthcare*, il est probable que la plupart des gens connaîtront au moins une erreur de diagnostic dans leur vie avec parfois de graves conséquences.

0 :11 :31

Alors voici notre prochaine question de sondage. Il s'agit d'une question avec une réponse vrai ou faux. Selon la National Academy of Medicine, l'incidence estimée des erreurs de diagnostic en médecine clinique est de 5 %. Si vous pensez que cette affirmation est vraie, que l'incidence est de 5 %, sélectionnez Vrai. Si vous pensez qu'elle est supérieure à 5 % ou inférieure à 5 %, sélectionnez Faux.

0 :11 :58

En attendant que vous répondiez à la question du sondage, je crois que ça vaut la peine, Janet, de souligner que la véritable incidence des erreurs de diagnostic est probablement inconnue. L'établissement de l'incidence réelle de l'erreur du diagnostic est rendu difficile par les défis que représentent la collecte de données précises, par aussi la grande variété de contextes dans lesquels les erreurs de diagnostic se produisent. Et bien sûr, par la complexité du processus de diagnostic lui-même.

0 :12 :33

Bon, j'espère que vous avez eu l'occasion de répondre à la question de sondage. Examinons les réponses. La réponse à cette question est Faux. Des études fondées sur des rapports, l'incidence est plus environ 15 % et cela vient de rapports d'autopsie, des examens rétrospectifs de dossiers, des rapports d'incidents critiques qui estiment que lorsqu'il s'agit de poser un diagnostic précis et opportun, nous nous trompons environ 15 % du temps, soit environ une fois sur sept.

0:13:08

Nous reconnaissons que pour certains d'entre vous il peut s'agir d'une sous-estimation ou peut-être d'une surestimation de votre expérience en matière d'erreurs de diagnostic en fonction de votre corps de pratique.

0:13:23

Janet Nuth: Tino, lorsque nous examinons tous nos cas à l'ACPM sur une période de cinq ans, y compris les actions en justice, les plaintes auprès des collègues et des hôpitaux de tous les types de pratiques, 21 % ou presque encore sont associés à un diagnostic erroné, manqué ou retardé.

0:13:43

Tino Piscione: Alors oui, Janet, voici notre prochaine question de sondage. C'est une autre question de type vrai ou faux. Donc vrai ou faux. La plupart des erreurs de diagnostic dans les dossiers médico-légaux de l'ACPM sont associées à des conditions de santé rares? Vrai ou faux?

0:14:02

Janet Nuth: Tino, il faut que je pose la question : pourquoi y a-t-il une image de deux poissons bleus sur cette diapositive?

0:14:07

Tino Piscione: Il s'agit bien sûr d'une image du poisson-pupille du devil's hole décrit comme le poisson le plus rare du monde que l'on ne trouve que dans le Parc national de la Vallée de la mort au Nevada. Donc ça, c'est très rare.

0:14:27

Janet Nuth: Tino, je suis sûre que tout le monde apprécie ce petit détail en ce lundi après-midi. Fermons le vote maintenant. Donc la réponse à notre question est Faux, et beaucoup d'entre vous ont eu la bonne réponse. Ce ne sont pas généralement les cas rares qui sont signalés. Le plus souvent ce sont les affections courantes telles que les cancers, en particulier, du sein et de l'appareil digestif, les blessures telles que les fractures, les infections, y compris les pneumonies, les septicémies, les péritonites, les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux qui sont observés dans les cas d'erreurs de diagnostic les le plus fréquemment.

0 :15 :10

Bien entendu, les conditions cliniques observées dans les cas d'erreur de diagnostic dépendent de votre spécialité. Pour l'anesthésie, les cas impliquent souvent le diagnostic d'une voie aérienne particulièrement difficile, ou pour la psychiatrie il s'agit souvent du risque de suicidalité (sic) ou de psychose. Et pour les spécialités chirurgicales, il s'agit souvent du diagnostic de complications postopératoires.

0 :15 :36

Alors, passons à la dernière question de sondage. Vrai ou faux. La plupart des erreurs de diagnostic résultent du manque de connaissances factuelles ou procédurales d'un médecin sur l'état de santé d'un patient?

0:15:56

Tino Piscione: Donc un certain nombre d'études, Janet, se sont penchées sur les sources d'erreurs de décision dans le processus de diagnostic. En termes de sources cognitives d'erreurs, trois grandes catégories sont identifiées : la collecte d'information provenant de diverses sources, c'est-à-dire les antécédents, l'examen physique, les tests de diagnostic, la synthèse des informations ou le rassemblement de toutes les informations en utilisant des scripts de maladie, la reconnaissance des modèles et les déficits de connaissances fondamentales une fois le sondage fermé.

0 :16 :25

J'espère que vous avez eu l'occasion de répondre à la question et la réponse à notre question de sondage est Faux. Les travaux de plusieurs experts, y compris Mark Graber, un chef de file international en matière de sécurité des patients et fondateur de la Society to Improve Diagnosis in Medicine, ont suggéré que les déficits de connaissances ne représentent qu'un faible pourcentage des erreurs de diagnostic.

0 :16 :52

Alors que la majorité des erreurs de diagnostic sont attribuées à une collecte et à une synthèse déficiente de l'information. En fait, lorsque l'on analyse les facteurs contributifs des données médico-légales de l'ACPM, il est suggéré que les principaux problèmes dans les dossiers impliquant une erreur de diagnostic se situent dans les phases de collecte et de synthèse de l'information des soins.

0:17 :18

Janet Nuth: Tino, voilà pourquoi nous disons souvent en tant que médecins-conseils lorsque nous faisons des présentations de l'ACPM à nos membres, que ce n'est pas que le médecin impliqué dans une affaire médico-légale ne savait pas comment assembler le cas stade diagnostic. C'est qu'il ne regardait tout simplement pas toutes les pièces du casse-tête. Une évaluation clinique inadéquate est une caractéristique très courante des cas d'erreurs de diagnostic que nous traitons. Et en fait, des lacunes dans l'évaluation clinique ont été identifiées par des pairs experts dans 87 % des dossiers de l'ACPM, impliquant une erreur de diagnostic.

0 :17 :54

Cela comprend les résultats positifs et négatifs pertinents sur les antécédents et l'ensemble des antécédents, y compris les informations disponibles dans les anciens dossiers ou les notes des professionnels de santé, ainsi que les détails de l'examen physique qui auraient pu aider à envisager un diagnostic différentiel plus large ou à demander des investigations supplémentaires.

0:18:21

Tino Piscione: Alors, quelles sont les façons de réduire les erreurs de prises de décisions diagnostiques, d'améliorer la sécurité des soins et d'atténuer la responsabilité médico-légale dans les situations où le jugement d'un médecin est remis en question comme étant la cause d'un diagnostic manqué, erroné ou retardé? Et bien, au cours de la prochaine heure, nous allons aborder ces questions par l'entremise d'une discussion autour de scénarios cliniques fréquemment rencontrés dans les dossiers de l'ACPM, impliquant une erreur diagnostique. Donc, passons au premier scénario, Janet.

0:19:00

Janet Nuth: D'accord. Alors il s'agit d'un homme de 68 ans qui est évalué par un médecin en utilisant les soins virtuels. Le médecin remplace en dehors des heures de travail le médecin habituel du patient qui travaille dans une autre clinique mais fait partie du même groupe de garde. Le patient décrit une douleur au mollet droit depuis trois jours qui s'aggrave lorsqu'il descend les escaliers. Il a dit qu'il a fait une longue randonnée une semaine auparavant. Il pense qu'il s'est peut-être tordu la jambe pendant la randonnée. Le médecin évalue la jambe droite du patient par le biais de la

plate-forme vidéo et observe que le patient a une amplitude de mouvement complète lorsqu'on lui demande de bouger son genou et sa cheville droits.

0 :19 :41

Il est capable de marcher mais signale une douleur au mollet droit lorsqu'on lui demande de se tenir sur la pointe des pieds, mais ne signale pas de douleur plus vive à ce moment-là. Le médecin consigne que le diagnostic est une entorse musculosquelettique du mollet droit et conseille au patient un traitement conservateur et un analgésique en vente libre pour la gêne occasionnée. Il conseille au patient un suivi si nécessaire.

0 :20 :10

Fort malheureusement, 48 heures plus tard le patient est trouvé sans réaction par sa femme à la maison. On l'amène à l'hôpital mais il n'a pas pu être réanimé et malheureusement l'autopsie montre qu'il est mort d'une embolie pulmonaire massive due à une thrombose veineuse profonde de la jambe droite.

0:20:30

Tino Piscione: Merci, Janet, de nous avoir fait part de ce scénario qui représente plusieurs, en fait, des dossiers que nous voyons ici à l'ACPM. Alors maintenant, nous nous tournons vers notre panel médico-légal pour connaître son opinion et ses idées sur les questions soulevées dans ce scénario et pour obtenir des conseils pratiques sur la façon de soutenir le raisonnement diagnostique et de réduire les dommages et la responsabilité et les risques médico-légaux.

0 :21 :04

Donc encore une fois, nous sommes en compagnie du Dre Louise Dion, médecin-conseil principal des Services médico-légaux, du Dre Shirley Lee, médecin-conseil à l'Apprentissage de la sécurité des soins médicaux, et Mme Donna MacKenzie avocate générale de l'ACPM et partenaire chez Gowling WLG Ottawa. À ce stade de la séance, nous vous invitons à soumettre vos questions au panel.

0:21:23

Pour soumettre une question, veuillez cliquer sur le bouton Poser une question situé dans le coin inférieur gauche de votre écran. Veuillez noter – donc la boîte de dialogue va s'afficher. Tapez votre question dans la boîte et appuyez sur le bouton Soumettre ou Envoyer. Veuillez noter que les panelistes ne peuvent répondre qu'à des questions de nature générale et qu'ils ne peuvent pas répondre à des questions concernant une affaire ou un patient spécifique ou un dossier médico-légal ouvert.

0 :21 :54

Sachant que plus de 500 personnes sont présentes à l'événement d'aujourd'hui, nous ferons de notre mieux pour nous assurer que le panel répondra à autant de questions que possible. Donc, commençons par la première question pour le panel. J'adresse cette question à Mme MacKenzie, à Donna. Dans une situation comme celle-ci où une action en justice découlerait d'une allégation de diagnostic manqué, comment les tribunaux détermineraient-ils si le médecin a respecté la norme de diligence?

0:22:31

Donna MacKenzie: Merci Tino. Si une action en justice est lancée et si l'affaire était portée dans les tribunaux, devant les tribunaux, la norme de diligence consisterait à examiner ce qu'a fait le médecin, s'il a respecté une norme respectable par rapport aux soins de ce patient. Donc l'évaluation serait très spécifique aux faits ou aux circonstances de l'affaire.

0 :22 :59

Maintenant, comment un juge va-t-il déterminer une norme de diligence en médecine alors qu'il n'a pas de formation médicale? Et bien le juge va recueillir beaucoup d'information et procéder à son évaluation. Alors quelle information? Dans ce cas-ci le patient est décédé. La veuve dira ce dont elle se souvient. Et le médecin communiquera ses informations avec toutes ses notes et ses dossiers, et ensuite la cour fera appel à un expert.

0 :23 :31

Qu'est-ce qu'on entend par expert? C'est l'un de vos pairs. Donc dans ce cas-ci, un omnipraticien avec les mêmes qualifications que le médecin et essentiellement le même genre de pratique. Ces experts diront quelles informations il faudrait recueillir en tant que médecin de famille dans ce genre de situation, quel serait son processus de – notre processus de réflexion et ce qu'on dirait au patient. Le juge va donc tenir compte de toute cette information.

0 :24 :09

Le juge voudra savoir aussi ce que l'Ordre ou l'organisme de réglementation dans votre région dit de la question et un juge voudra savoir ce que le Collège a à dire, votre Collège, relativement aux normes de pratique en soins virtuels. Armé de toute cette information, le juge déterminerait s'il estime que les soins prodigués par ce médecin étaient raisonnables dans les circonstances où le médecin et son patient se sont trouvés.

0 :24 :41

Comme le dit Janet, la bonne nouvelle c'est que la norme n'est pas une norme de perfection. C'est une norme de caractère raisonnable.

0 :24 :52

Tino Piscione: Donc on insiste vraiment sur l'aspect raisonnable des soins.

0 :24 :52

Donna MacKenzie : Exactement, Tino. Et je fais toujours une comparaison avec un test de mathématiques. Vous n'avez pas besoin nécessairement d'avoir la bonne réponse. Si vous montrez votre processus de réflexion, et ce que vous avez considéré, la voie que vous avez empruntée, vous pouvez quand même obtenir des points pour cette réponse. Même chose pour la norme de soins. Je vais le redire à maintes et maintes reprises. Donc, documentez vos interventions. Montrez-moi, montrez au juge ce à quoi vous réfléchissiez lorsque vous avez procédé à l'évaluation de votre patient.

0:25:25

Tino Piscione: Merci. Voici une autre question. Je l'adresse au Dre Lee. Docteur Lee, nous avons entendu dire que l'évaluation déficiente figure en bonne place dans les dossiers impliquant des erreurs de prises de décisions diagnostiques. Quels aspects de l'évaluation clinique sont le plus souvent jugés déficients par les pairs experts dans ces dossiers et dont nos membres devraient entendre parler?

0 :25 :51

Shirley Lee : Excellente question, Tino, merci beaucoup. En fait, il s'agit de faire les bonnes choses et les choses de base. Dans les dossiers de l'ACPM, nous constatons une déficience au niveau de l'historique du médecin, des antécédents, des aspects positifs ou négatifs, des antécédents de la famille qui peuvent entraîner un facteur de risque de diagnostic plus grave chez le patient. Il est important de vraiment tenir compte du profil cumulatif du patient.

0 :26 :21

Nous savons que les patients oublient de vous donner des renseignements importants. Ils n'ont pas l'intention d'omettre des choses, évidemment, mais c'est important de considérer tout cela. Il y a des problèmes aussi, comme Janet l'a dit, d'examen superficiels, par exemple, si le patient a des symptômes compatibles avec un TIA c'est difficile d'aller plus loin. Même si on ne fait pas l'examen, on ne documente pas, on fait juste simplement cocher. C'est difficile de savoir du point de vue d'un tribunal si vous avez vraiment procédé à l'examen qui s'imposait.

0 :26 :56

Donc, assurez-vous d'inclure tous les aspects pertinents d'un examen médical qui montre ce que vous aviez cherché et que vous avez cherché. Encore deux choses que je voulais mentionner. Assurez-vous de regarder les notes des autres professionnels de la santé, les notes des infirmières, les notes du triage, les notes des autres ou de la priorisation, les notes des autres collègues parce qu'ils fournissent peut-être des renseignements différents qui peuvent vous alerter à un diagnostic plus grave.

0 :27 :31

Et le patient a peut-être même oublié qu'il avait reçu un diagnostic différent. La dernière chose que je mentionnerais à laquelle nous reviendrons souvent, je pense, pendant cet atelier, c'est que l'absence de documentation est vraiment cruciale. Il est important de documenter nos interventions avec les patients. Donc il est important de documenter tous les détails peut-être pour identifier une complication évolutive ou peut-être qu'il faut réexaminer le diagnostic initial qui était peut-être erroné.

0 :28 :07

Tino Piscione: Merci beaucoup. Je vais adresser ma prochaine question au Dre Dion. Nos membres cherchent souvent des conseils pratiques et donc ma question porte sur des conseils pratiques. Quels sont des exemples d'actions de choses qu'un médecin peut faire pour démontrer son raisonnement clinique lors d'une évaluation diagnostique?

0 :28 :33

Louise Dion: Merci, Tino. Donc vous avez déjà entendu le mot en « d » de documentation trois ou quatre fois au moins jusqu'à présent. Et pour ceux qui ont communiqué avec l'Association ou parcouru notre site Web, vous avez beaucoup entendu parler de documentation. Pas à tous les coups, évidemment, mais la pertinence de la documentation, ce n'est pas la longueur de la documentation mais le contenu. Par exemple, vous voulez documenter les aspects positifs et négatifs des antécédents de l'examen médical. Vous voulez documenter le caractère raisonnable de votre prise de décision en fonction de l'information à votre disposition au moment de l'examen.

0 :29 :22

Vous voulez vous assurer de consulter les dossiers médicaux et toute l'information disponible. Donc – et les notes de tous vos collègues, d'autres professionnels. Posez des questions sur les médicaments que prend le patient, les signes vitaux, etc. Autant de choses importantes. Vous voulez considérer un diagnostic différentiel quand un patient arrive avec certains symptômes de quelque chose. Il s'agit peut-être de ce quelque chose mais il peut s'agir aussi d'autre chose et encore d'autre chose.

0 :30 :01

Documentez vos pistes, vos réflexions et procédez à un diagnostic différentiel si c'est possible et pertinent. Et ensuite, réfléchissez : avez-vous demandé à votre patient toutes les questions que vous devez lui poser? Et vous voudrez peut-être même demander au patient y a-t-il quelque chose que je ne vous ai pas demandé et qui serait pertinent de savoir.

0 :30 :31

Tino Piscione: Merci, Louise. Encore une chose au sujet de la validation des outils de décision clinique. Ils sont utilisés fréquemment dans votre pratique, par exemple, les échographies pour les traumatismes crâniens légers. Si vous utilisez un de ces outils de décision clinique ou une de ces lignes directrices, documentez lequel vous utilisez dans le dossier médical et si vous décidez de vous écarter de la ligne directrice ou de l'outil, expliquez au patient pourquoi vous le faites et documentez-le à nouveau dans le dossier médical. Expliquez pourquoi dans cette circonstance en particulier vous avez décidé de ne pas suivre cette ligne directrice?

0 :31 :10

Tino Piscione: Parfait. Excellent. Merci. Beaucoup de conseils pratiques, Louise. Nous sommes certainement témoins des nombreuses questions des membres au sujet des facteurs de risque et donc prendre des notes, documenter les positifs pertinents, les négatifs pertinents permettra de servir de preuve que vous avez considéré ces facteurs de risque qui étaient évidents. C'est l'information qui était là, que vous l'avez considérée et vous documentez vos raisons de les pondérer d'une certaine façon ou d'une autre.

0 :31 :45

Voilà, parfait. Il nous reste un peu de temps et je voudrais souligner le fait que ce cas porte sur un diagnostic, une évaluation diagnostique effectuée virtuellement. Nous

savons que beaucoup de nos membres offrent des soins virtuels. Je voudrais poser la question suivante au Dre Lee. Docteur Lee, lorsqu'un médecin a effectué l'évaluation diagnostique virtuelle, quelles considérations particulières, le cas échéant, pourraient aider nos médecins membres à démontrer que leur décision était raisonnable dans les circonstances? Dans le cas donc d'une évaluation diagnostique virtuelle.

0 :32:33

Shirley Lee: Absolument, Tino. Merci beaucoup de la question. On a fait beaucoup de présentations sur les soins virtuels depuis le début de la pandémie et c'est une question, celle-là très fréquente posée par nos membres. Un certain nombre de choses sont très importantes. Les patients ne pensent pas que le rendez-vous médical virtuel est différent du rendez-vous en personne. Donc il est important pour les médecins de discuter de certaines des limites des soins virtuels.

0 :33 :03

Et il faudrait peut-être conseiller aux patients de recevoir des soins en personne après l'évaluation virtuelle. Vous devez être très, très franc avec les patients à ce sujet, parce que les patients diront, mais pourquoi est-ce que vous ne pouvez pas faire ce que vous devez faire. Envoyez-moi une ordonnance et je vous revois dans deux semaines. Soyez sensible aux lignes directrices nationales. Soyez conscient de celles-ci. Nous en avons beaucoup. Certaines qui sont entérinées par le Collège royal.

0 :33 :30

Ce sont d'excellentes lignes directrices pour expliquer quelles sont les conditions sécuritaires pour un examen virtuel et quelles circonstances s'appliquent plutôt à une visite en personne. Il est aussi très, très important de documenter la façon dont vous formulez votre impression diagnostique en soins virtuels surtout par rapport à un examen physique limité. Vous ne pouvez pas faire un examen abdominal virtuellement. Et donc dans l'affaire dont on vient de parler, le patient qui avait mal à la jambe droite, il serait important de montrer, de documenter que vous avez vraiment examiné la complète amplitude de mouvements. Vous avez peut-être déplacé la caméra. Est-ce que vous ne diriez pas que c'est utile pour les juges et les tribunaux dans une évaluation virtuelle?

0 :34 :23

Donna MacKenzie: Oui. Et je comprends que vous vous dites, bon, le temps que ça va prendre pour mon patient qui pourrait ou ne pas – qui pourrait être ou pas très habile avec son ordinateur. Mais imaginez à quel point c'est rassurant pour un juge qui se pose la question : est-ce que c'était une situation acceptable? Qu'ont-ils fait pour accommoder et tenir compte des limites de cet examen en mode virtuel?

0 :34 :52

Tout ce dont vous avez à ajouter au dossier, c'est au lieu de dire qu'il y a une capacité de mobilité complète que vous l'aviez visualisée. Ça confirme au juge que vous n'avez pas simplement dit, êtes-vous en mesure de tourner votre jambe? Mais plutôt vous êtes allé à la prochaine étape, c'est-à-dire de le voir vous-même.

0 :35 :15

Shirley Lee: Merci, Donna. Je voudrais soulever deux autres points. Je sais que nous avons certaines contraintes de temps. Mais d'autres questions auxquelles il faudrait être conscient en soins virtuels. Soyez conscient si vous utilisez des dossiers médicaux électroniques, assurez-vous que des gabarits ont été modifiés de façon appropriée parce que ce sont peut-être des gabarits que vous utilisez pour des examens en personne. Mais ce sera très difficile de compléter tout le gabarit, le formulaire et s'il s'agissait justement d'un examen virtuel.

0 :35 :51

Ou si pour assurer un congé sécuritaire, et bien vous êtes en train d'aviser le patient pour ce qui est des soins. Vous devez expliquer très clair les drapeaux rouges par rapport aux symptômes. Les symptômes – s'ils se manifestent que vous aimeriez que le patient rappelle mais aussi à quel point que c'est opportun ou que c'est urgent. Par exemple, un patient ne pourra pas juger qu'une fièvre de trois jours c'est vraiment important. Mais pour nous c'est important.

0 :36 :21

C'est important que vous leur expliquiez à quel endroit ils peuvent aller chercher les soins nécessaires, notamment après les heures habituelles. Notamment durant la pandémie, on a constaté l'importance de confirmer auprès du patient ce qu'ils comprennent en termes des étapes à prendre. Et si le patient refuse de vous rencontrer en personne, documentez-là. Ou si vous dites au patient, « vous devriez avoir une consultation en personne », vous devez documenter ce fait.

0 :36 :52

Tino Piscione: Merci beaucoup, Shirley, de ces astuces. Et maintenant, nous allons continuer et je vais faire un résumé. Il y a cinq points ici sur la diapositive que nous aimerions souligner. Tout d'abord, recherchez les informations manquantes; réfléchissez aux informations supplémentaires vous aiderait à confirmer votre diagnostic de travail et à exclure d'autres diagnostics plus graves ou potentiellement mortels.

0 :37 :26

Deuxièmement, réfléchissez à ce que cela pourrait être d'autre en formulant un diagnostic différentiel raisonnable. Montrez que vous avez pensé à d'autres conditions, d'autres situations potentiellement mortelles ou d'autres possibilités. Montrez que vous avez tenu compte des points positifs et négatifs pertinents lors de votre évaluation en l'intégrant à votre dossier clinique lors de votre rendez-vous. Reconnaissez que le simple fait de documenter ces résultats peut vous aider à réfléchir à votre évaluation par rapport à cette personne. Et utilisez votre documentation pour montrer votre processus de réflexion, en particulier si vous excluez un diagnostic plus grave.

0 :38 :12

Cela favorise également la continuité des soins, aide les autres à comprendre ce qui se passait lorsque vous avez vu le patient, surtout s'ils arrivent par la suite et que la situation du patient est différente, si les choses ont changé. Et planifiez les imprévus, ce qui doit être fait si les choses changent, ce qu'il faut rechercher. Et comment Dre Lee l'a

mentionné, les instructions lors du congé. C'est très important du dossier. Et elles doivent être spécifiques autant et à l'action quand et où aller si les choses changent ou si elles s'aggravent. Ça doit faire partie du dossier.

0 :38 :50

Et maintenant nous allons passer à notre deuxième scénario. Ce scénario implique ce que l'on pourrait appeler des situations de drapeaux rouges, de situations alarmantes. Ce sont des situations que l'on rencontre fréquemment dans des dossiers de l'ACPM impliquant un diagnostic manqué, retardé ou erroné.

0 :39 :10

Il s'agit de situations où l'erreur de diagnostic aurait pu être évitée si les circonstances de la situation ou du scénario avaient été reconnues comme signalant qu'il y a plus que ce que l'œil ou l'oreille perçoit. Dans ces cas, les pairs experts ont estimé que le médecin ou le fournisseur de soins a perdu la conscience de la situation. La conscience de la situation a été décrite comme un processus cognitif d'évaluation d'une situation afin d'obtenir une connaissance et une compréhension plus approfondies des événements et des circonstances.

0 :39 :48

Elle se caractérise par le fait de savoir ce qui se passe autour de soi, d'être capable de détecter, d'intégrer et d'interpréter les informations recueillies dans l'environnement. Et ensuite, de comprendre l'importance de cette information et aussi d'intégrer votre – la conscience de la situation. Et ensuite, anticiper ce qui pourrait se passer à l'avenir si les choses ne changent pas. La perte d'une conscience de situation a été identifiée dans plus de 50 % des dossiers à l'ACPM par rapport à des diagnostics erronés. Janet, regardons un scénario qui illustre ce dont on parle.

0 :40 :32

Janet Nuth: Oui. Ici, un cas un peu plus compliqué. Il s'agit d'une femme de 40 ans qui se présente aux urgences avec une douleur sévère dans le haut du dos qui s'aggrave depuis une semaine. Elle déclare s'être blessée au dos lors d'une chute deux semaines auparavant. Après la chute, elle a été examinée dans une clinique où elle a passé des radiographies et qui ont été jugées normales et on lui a prescrit un analgésique pour la douleur. Elle revient ensuite décrivant la douleur comme étant de 8 sur 10 et demandant un nouvel analgésique.

0 :41 :04

Au triage, ses signes vitaux sont normaux à l'exception d'une température de 38,04. L'examen de son dossier antérieur révèle également plusieurs visites précédentes aux services des urgences où elle a été diagnostiquée comme souffrant de douleurs dorsales mécaniques et traitées avec des analgésiques opioïdes. Lors de l'examen des systèmes, elle signale une certaine urgence urinaire. Mais elle nie tout autre symptôme urinaire comme l'hématurie ou la dysurie.

0 :41 :36

À l'examen, le médecin traitant note une légère sensibilité suprapubienne et une sensibilité du côté droit. L'analyse d'urine est positive pour les leucocytes et les nitrites,

et une culture est envoyée au laboratoire. Après avoir reçu deux doses d'analgésie parentérale, la patiente est renvoyée chez elle avec un diagnostic de pyélonéphrite et une ordonnance d'antibiotiques par voie orale. Vingt-quatre heures plus tard, la patiente revient au service des urgences en déclarant qu'elle a une faiblesse généralisée, de la fièvre, des frissons et une douleur dorsale maintenant estimée à 10 sur 10.

0 :42 :15

Sa température est de 39,2 Celsius. Et un examen préliminaire indiquait qu'elle avait toujours une sensibilité à l'angle costo-vertébral. Les analyses sanguines montrent une élévation du nombre de globules blancs de 21, mais des tests de la fonction rénale normaux. Elle est admise à l'hôpital avec un diagnostic de pyélonéphrite et se voit prescrire des antibiotiques par voie intraveineuse en attendant les résultats de ses cultures sanguines.

0 :42 :48

Les infirmières notent que la patiente est incapable de se rendre à la salle de bain sans aide. Malheureusement, le lendemain l'infirmière signale que la patiente a des difficultés à uriner et présente une faiblesse bilatérale des jambes. Une équipe a été convoquée. Une IRM urgente est réalisée confirmant la présence d'un abcès épidual spinal thoracique. Malgré une intervention chirurgicale, le patient – la patiente plutôt reste paraplégique.

0 :43 :18

Tino Piscione: Merci, Janet, d'avoir présenté ce scénario. Bien que le diagnostic final de ce scénario soit rare, le drapeau rouge dans ce scénario était celui d'une patiente se présentant à plusieurs reprises avec des symptômes non résolus ou évolutifs. Il s'agit d'un exemple de situation que l'on observe fréquemment dans nos dossiers d'erreurs de diagnostic et les experts pairs jugent que ça représente peut-être une question manquée de repenser le diagnostic.

0 :44 :00

Nous allons maintenant demander à notre groupe d'experts ce qu'ils pensent de ce scénario et de la manière dont les médecins peuvent sensibiliser les patients en situation ou aux circonstances qui constituent des drapeaux rouges, des situations alarmantes. Nous vous invitons à nouveau, vous, le public, à soumettre vos questions banales concernant le scénario que nous venons de décrire et qui mettent en évidence les situations de drapeaux rouges et la perte de conscience de situation. La première question, elle est pour la Dre Dion.

0 :44 :29

Louise, le scénario que nous venons de décrire illustre des présentations répétées avec une plainte non résolue comme exemple d'une situation fréquemment observée où l'on estime que le médecin nommé dans un procès ou une plainte a perdu la conscience de la situation. Quels sont les autres exemples de situations figurant dans les dossiers de l'ACPM où l'on estime que la perte de la conscience de la situation a contribué à une erreur ou à une erreur de diagnostic?

0 :45 :08

Louise Dion: Tout d'abord, j'aimerais répéter quelque chose que vous avez mentionné lors de votre introduction. C'est-à-dire que la perte de conscience de la situation représente environ 50 % des mauvais diagnostics. C'est très courant. La lacune d'information est très rare. Ce sont deux points très importants. Il y a trois thématiques différentes que l'on voit dans nos dossiers pour ce qui est de mauvais diagnostics. Tout d'abord, des retours aux services d'urgence avec les mêmes symptômes.

0 :45 :49

Aussi, on a manqué des signes vitaux anormaux. Donc c'est important de vérifier le dossier pour voir ce qui s'est passé aux trois heures. Regardez les notes des infirmières si vous êtes à l'extérieur des salles d'urgence. Il y a des perles où on peut voir des signes vitaux anormaux. Et vous devez comprendre pourquoi c'est le cas. Vous ne pouvez pas tout simplement les mettre de côté. Vous pouvez avoir une évolution atypique d'une condition plutôt courante.

0 :46 :20

Et ensuite, vous pourriez avoir une situation où on n'est pas intervenu avec une intervention de première ligne. Ce que je dirais, c'est que face à ces scénarios, encore une fois, prenez une pause. Réfléchissez. Repartez à la case de départ. Posez des questions mais regardez vraiment les scénarios en détail.

0 :46 :49

Tino Piscione: Oui. Et ce que vous avez décrit ce ne sont pas vraiment des situations rares. Il s'agit de situations qui nous arrivent, bon, peut-être pas de façon courante mais quand même assez souvent. Merci beaucoup. Et maintenant, regardons des façons pratiques de favoriser la conscience de la situation. Docteur Lee, quelles sont les stratégies pratiques que les médecins peuvent appliquer pour améliorer la conscience de la situation?

0 :47 :27

Shirley Lee: Ben, si je reviens sur ce qu'a dit Louise, moi, j'ai fait toutes ces erreurs. On apprend après des années de service. Et dans mes 26 ans de service, si j'avais un dollar pour chaque fois que j'ai eu une situation où les gens sont revenus me voir et de fait ce sont des occasions pour voir ce qui se passe de plus. Les signes vitaux anormaux, ça me dérange. Lorsque quelqu'un me transfère un dossier et qu'il y a de l'hypertension qui est inexplicable et qui n'a pas été résolue, je me pose la question que se passe-t-il.

0 :48 :04

Et pour ce qui est des traitements de première ligne, je suis probablement aussi vulnérable que les autres. Si je vois que les patients ne s'améliorent pas avec mes traitements habituels pour une migraine mais, ça, ça me force à me ralentir. Je me pose la question que se passe-t-il d'autre. Ce n'est peut-être pas une migraine. C'est peut-être quelque chose de plus grave. Donc merci, Louise. J'ai appris ces leçons et elles m'ont permis d'améliorer ma pratique.

0 :48 :33

J'aimerais revenir à ce que vous avez dit par rapport aux pratiques pour contrer ces situations. Vous devez reconnaître une situation à haut risque. Et ce que je peux dire c'est qu'il y a des enjeux du côté des médecins et des enjeux du côté des patients. Je vais plutôt parler des enjeux du médecin. Donc, ce que je veux dire de ce côté-là c'est savoir lorsque vous n'êtes pas à votre mieux, avec toutes les capacités pour porter un diagnostic. Par exemple, à la fin de votre quart de travail, vous vous dépêchez. Vous allez chercher vos enfants ou il est tard le soir.

0 :49 :12

Vous allez peut-être prendre des décisions que vous ne prenez pas d'habitude pour ce qui est des soins prodigués aux patients. Dans de telles situations, je vous invite à penser à quel moment devez-vous ralentir. Tel que Louise l'a mentionné, lorsque vous offrez un premier traitement et que les résultats ne sont pas ceux escomptés, ralentissez. Parfois, et ç'a été difficile pour moi aux urgences. C'est très difficile de ne pas être interrompus par les distractions, notamment il y a beaucoup de bruit.

0 :49 :43

Et alors moi, je choisis un endroit où je peux réfléchir en paix parce que je sais que s'il y a des interruptions, il y a des bonnes données à cet égard, les chances que je retourne finir ce que je faisais avec le patient sera affecté. Donc c'est important de prendre des bons diagnostics. C'est important aussi de documenter, de l'écrire et c'est quelque chose que j'enseigne souvent. Je dis, quel est votre diagnostic différentiel? Écrivez-le. Quels sont les diagnostics les plus probables et quelles sont les choses que vous ne voulez pas manquer?

0 :50 :19

En l'écrivant, ça l'ouvre votre esprit. Ça ouvre la possibilité que ça pourrait être quelque chose de plus grave mais si le patient n'a pas l'air si malade. Je sais – quand les gens me disent, qu'est-ce que vous pensez que c'est? Alors, demandez-leur plutôt, qu'est-ce que c'est votre diagnostic de travail? Quand vous vous posez cette question, vous êtes moins susceptible de vous ancrer et de dire, moi, je vais prendre une décision par rapport à ce diagnostic, peu importe. Et vous avez peut-être ou non décidé d'un diagnostic, du bon diagnostic.

0 :50 :56

Aussi, Louise en a parlé. Demandez de l'aide aux membres de votre équipe. Nous demandons aux infirmières ce qui se passe. On demande également aux autres consultants qui ont déjà traité ou consulté la patiente ou demandé à un autre collègue. Demandez-leur, est-ce que je pourrais vous consulter? Il y a des choses qui me tracassent. Et, eux, de leur côté ils n'ont pas de charge cognitive et ils pourraient dire, oui, c'est plutôt clair et c'est plutôt évident que c'est ceci.

0 :51 :26

Et je pense qu'une des choses qui est plus difficile pour nous comme médecins, c'est de comprendre lorsque nous avons des biais inconscients. On ne sait pas quels sont nos biais. Moi, je continue à apprendre par rapport à certains préjugés que moi j'ai. Bon, notamment, par rapport aux problèmes des patients lorsqu'il y a une barrière

linguistique, je sais que je dois faire vraiment – prudente. Je vais peut-être manquer de l'information. Mais aussi les comportements des patients qui ont des troubles cognitifs ou des patients qui ne sont pas à leur mieux, ils vont peut-être aller vous chercher un peu.

0 :52 :05

Soyez aussi conscient de votre charge cognitive. Et j'en parle beaucoup dans ce que j'enseigne. Nous devons savoir ce que nous sommes en mesure de gérer avec différents patients, mais il y a différentes façons de réduire votre charge cognitive, notamment, en utilisant les lignes directrices et les protocoles. Reconnaissez lorsque vous êtes à votre mieux. Ayez un système où vous pouvez dire à vos collègues, je ne suis pas vraiment mon meilleur ce soir. Je suis un peu fatigué. Donc je vous invite à me dire si je fais quelque chose de mal ou si vous voyez quelque chose, parce que j'ai besoin de votre aide et on doit s'entraider.

0 :52 :46

Tino Piscione: Oui, d'excellents points encore une fois. Il y a eu plusieurs commentaires qui ont été soulevés par les membres de l'auditoire, à savoir quelques-uns des drapeaux rouges, et aussi les abus de drogue intraveineuse. Donc, quand on voit cela en isolement mais quand on voit tous ces symptômes en même temps, on pourrait peut-être se dire, ah, de fait que cet élément des antécédents, c'est peut-être plus important dans le scénario de ce patient que si je ne l'avais pas noté ou encore si je n'avais pas consulté mon collègue ou l'infirmière.

0 :53 :24

Si je n'avais pas demandé, que pensez-vous de ces antécédents? Est-ce que ça pourrait être autre chose? Merci beaucoup d'avoir soulevé tous ces points. J'ai une question que je voudrais poser à Mme MacKenzie. Donc, le diagnostic dans ce scénario est concernant une condition rare. Du point de vue des tribunaux, est-ce que la norme de soins s'applique autrement, différemment dans des allégations de négligence à l'égard d'un diagnostic d'une condition rare?

0 :54 :04

Donna MacKenzie: Alors j'aurais une réponse qui était dans un seul mot, non, mais j'explique. Pour le tribunal, peu importe qu'un médecin ait vu quelque chose 100 fois ou qu'il s'agisse d'un phénomène qu'il a rarement vu au cours de sa carrière. Le critère, juridique reste le même. Et c'est celui que nous mentionnions tantôt. Est-ce que la collecte d'information et l'évaluation diagnostique du médecin est acceptée au vu de la norme de soins et de ce qu'auraient fait d'autres médecins dans les mêmes circonstances?

0 :54 :41

On tient compte donc des circonstances, salles d'urgence occupées, le médecin contrairement au premier scénario a beaucoup plus d'information. La patiente est déjà venue à plusieurs reprises. Il y a des notes de triage, des évaluations de médecins, des résultats de tests. Donc il faut assimiler tout cela, compiler toute cette information pour établir le diagnostic la première fois.

0 :55 :04

Dans ce scénario, le tribunal serait particulièrement intéressé par la deuxième visite. Le tribunal sait qu'une erreur de diagnostic a été commise au moment de la première visite. Le juge va dire, alors, qu'ont-ils fait au moment de la deuxième visite? Et c'est exactement comme le disaient Louise et Shirley. Vous allez refaire la meilleure chose, c'est-à-dire la meilleure chose pour les soins du patient. Vous allez vous demander quelles sont les circonstances. Vous allez vous demander si quelque chose a changé. Et si quelque chose a changé, en quoi est-ce que cela a des conséquences sur mon évaluation.

0 :55 :46

Même chose que dans l'autre scénario. Prendre la température au cours de la première visite. Prendre la température au cours de la deuxième visite, pour la deuxième visite. Vous pouvez indiquer dans votre dossier médical, température X. Mais ce que je préférerais que vous fassiez pour montrer que vous êtes un médecin vraiment attentif, c'est mettre température X, augmentation de X par rapport à la première visite. C'est quelques mots.

0 :56 :12

Je ne vous demande pas d'écrire un roman. Alors que vous comparez et contrastez ce que vous voyez chez votre patient dans la deuxième visite comparée à la première. Donc, indiquez quelque chose dans le dossier pour montrer au juge que vous êtes vraiment attentif. On parle des circonstances dans les circonstances. Rappelez-vous que si vous avez un résultat de test d'analyse inattendu qui ne correspond pas à la situation de la visite, si vous avez un patient dont les symptômes évoluent et changent, cela signifie que les circonstances changent.

0 :56 :52

En tant que professionnels, vous devez donc réfléchir à votre façon de considérer le cas. Si un tribunal voit des circonstances médicales évolutives et que le médecin, lui, a maintenu son analyse statu quo, le tribunal conclura moins favorablement, moins facilement au respect de normes de soins acceptables.

0 :57 :20

Tino Piscione: Merci beaucoup. Nous allons résumer. Donc, nous avons plusieurs points sur la diapositive qui résument essentiellement ce dont nous avons discuté avec le panel. Donc le premier point, c'est ralentir. Vous en avez parlé. Les deux médecins en ont parlé. Donc, reconnaissant les scénarios drapeaux rouges, les scénarios alarmants dans votre pratique, et vous en servir comme déclencheurs pour ralentir. Et on ne parle pas de ralentir votre réflexion. On ne parle pas non plus d'agir plus lentement.

0 :57 :57

On parle simplement d'utiliser ces déclencheurs pour accroître votre conscience, votre attention à être plus attentifs à ce qui se passe autour de vous et à activer les systèmes autour de vous – conversation avec les collègues, partage d'information – pour accroître le niveau de sensibilisation. Deuxième commentaire, c'est faites de la recherche. Analysez et recherchez. Soyez proactifs dans la recherche d'information

dans l'environnement, par exemple lire les notes des infirmières ou d'autres professionnels de la santé qui peuvent avoir un point de vue différent sur les soins du patient, qu'ils ont entendu peut-être des éléments d'information différents dans leurs échanges avec le patient ou sa famille.

0 :58 :41

Vérifiez les antécédents du patient ou prêtez attention aux changements dans les signes physiques comme les signes vitaux, par exemple. Utilisez le diagnostic pour vous demander si ce que vous voyez a un sens, si ce que vous voyez est la tendance habituelle ou s'il pourrait se passer autre chose. Planifiez de manière proactive les éventualités en vous demandant – en vous posant la question, et si? Et si les signes vitaux changent, quel est mon plan? Quels paramètres dois-je surveiller pour être averti que l'état du patient est en train de changer?

0 :59 :18

À quoi est-ce que je vais faire attention? Qu'est-ce que je vais demander à mes collègues de surveiller pour voir si l'état du patient change? Et utilisez la pratique réflexive pour en savoir davantage sur vous-même et sur votre approche des problèmes de diagnostic. Demandez-vous s'il y a quelque chose dans la situation ou est-ce que vous avez des préjugés, des biais? Ou est-ce qu'il y a quelque chose dans la situation, un scénario qui pourrait m'inciter à être plus attentif la prochaine fois que je rencontrerai quelque chose de semblable?

0 :59 :50

Bien. Nous allons passer à notre troisième sujet qui concerne les facteurs d'équipe. Les facteurs d'équipe occupent une place importante dans les dossiers de l'ACPM impliquant une erreur de diagnostic, étant évidents dans 53 % de ces dossiers. Les déficiences en communication sont une caractéristique commune qui, selon les experts pairs, a un impact sur la continuité des soins, y compris la documentation de la justification des investigations de diagnostic et des traitements, par exemple, les communications entre le médecin et les autres prestataires.

1 :00 :35

Et aussi la communication entre le médecin et le patient ou la famille du patient qui fait aussi partie de l'équipe concernant les plans de suivi ou les instructions de congé. L'impact d'une communication d'équipe inefficace sur la conscience de la situation et la prise de décision de diagnostic est particulièrement évident pendant les transitions et les transferts de soins. Une analyse de nos dossiers de cas impliquant des transitions de soins a révélé qu'environ 60 % des cas impliquaient une mauvaise communication au sein de l'équipe qui aurait contribué à un diagnostic retardé, manquant ou incorrect.

1 :01 :22

Dans de nombreux cas, l'échec du diagnostic a été attribué aux membres de l'équipe soignante du patient qui ont perdu la conscience de la situation, soit parce qu'ils n'ont pas réussi à rassembler ou à comprendre la signification des informations pertinentes dont disposait l'équipe, ou soit parce qu'ils n'ont pas réussi à projeter les conséquences de ces informations dans un avenir proche. Examinons la relation entre le travail

d'équipe et la conscience de la situation de l'équipe dans le scénario suivant. Il s'agit d'un retard de diagnostic et de traitement.

1 :02 :00

Janet Nuth: Oui, voilà. Ce prochain scénario concerne un jeune homme qui est admis aux soins intensifs après avoir suivi de multiples blessures suite à une collision automobile à grande vitesse. Ses blessures comprennent un traumatisme crânien, un hémothorax et une fracture pelvienne stable. Un chirurgien orthopédique que nous appellerons ortho 1 est consulté au sujet de la fracture pelvienne. Et en examinant le patient, il note un gonflement du coude droit. Il demande une radiographie qui confirme une luxation du coude droit.

1 :02 :36

Les soins du patient sont confiés à un chirurgien orthopédiste de garde – on va l'appeler ortho 2 – qui effectue une réduction fermée et met un plâtre sous sédation aux soins intensifs. L'orthopédiste 2 demande des radiographies post-réduction pour confirmer l'alignement. Cependant, il y a un certain retard et à la fin de son quart de garde, les radiographies ne sont toujours pas faites. Il demande donc à l'infirmière du patient d'appeler l'orthopédiste 1 pour assurer le suivi des radiographies une fois l'étude terminée.

1 :03 :09

L'orthopédiste 2 quitte l'unité sans écrire de notes, sans parler à l'orthopédiste 1 ou au personnel de l'unité de soins intensifs de la nécessité de revoir les radiographies en attente. Un changement d'équipe infirmière, les radiographies sont terminées et les films post-réduction montrent malheureusement une instabilité et une dislocation persistante de l'articulation. Mais le message de revoir les films n'est pas transmis à l'orthopédiste 1, de sorte que personne ne finit par revoir les radiographies.

1 :03 :38

Ce n'est que trois semaines plus tard que l'orthopédiste 1 est consulté à nouveau pour déterminer si le patient peut maintenant se mobiliser. Il commande à nouveau des radiographies du coude et se rend compte que la post-réduction initiale et les films répétés montrent une luxation persistante. Le patient souffre de douleurs continues et doit finalement subir une chirurgie reconstructive supplémentaire.

1:04 :04

Tino Piscione: Merci, Janet. Il s'agit donc d'un scénario dans lequel un certain nombre de facteurs sont entrés en jeu. Un patient gravement malade avec une série de problèmes, certains graves, d'autres peut-être moins, plusieurs prestataires, un transfert, un changement d'équipe, des hypothèses qui ont conduit à un préjudice pour le patient. Donc, cher panel, j'aimerais savoir ce que vous pensez des problèmes mis en évidence par ce scénario. Nous invitons le public à soumettre des questions concernant le travail d'équipe, la communication au sein de l'équipe, les transferts et d'autres problèmes soulevés par le scénario qui vient d'être présenté. Je vais commencer par le Dr Lee. Tout à l'heure, j'ai mentionné que 53 % des dossiers de l'ACPM impliquent une erreur de diagnostic de soins, impliquent des défaillances dans le travail et la communication d'équipe. D'après votre expérience de ces types de cas,

quelles sont, selon vous, les facettes les plus importantes du travail d'équipe sur lesquelles les médecins devraient se concentrer pour réduire le risque de préjudices pour le patient et atténuer le risque de responsabilité?

1 :05 :37

Shirley Lee: Alors, je vais commencer par un niveau peut-être plus général. Nous travaillons tous en équipe. On ne peut pas travailler seul comme médecin. Il faut absolument l'équipe pour offrir les meilleurs soins possible. Un des plus grands enjeux pour les médecins et concernant le travail en équipe qui entraînent des erreurs de diagnostic, c'est le fait qu'on ne clarifie pas toujours nos rôles et nos responsabilités. Il est très important, quand je travaille avec différentes personnes, avec différents niveaux de responsabilité, de clarifier qui fait quoi et quand.

1 :06 :14

Il est également important que lorsque l'équipe a des échanges au moment du transfert d'éviter de simplement formuler des hypothèses et il est important de clarifier l'ambiguïté. Ce n'est pas remettre en question votre autorité, mais quand je transfère de l'information à un collègue, le collègue peut clarifier des choses au sujet, je pense être claire, mais ils ont besoin d'une clarification au sujet du test qui doit être effectué ou du médicament qui doit être administré.

1 :06 :48

Éviter les conclusions hâtives et critiques. Il est facile de dire, ah oui, vous voulez que je fasse X, Y, Z alors que la personne veut que vous fassiez autre chose. Donc, évitez les conclusions hâtives, les hypothèses, si vous le pouvez, et écoutez activement votre collègue lorsqu'il partage une information pour bien l'assimiler et bien comprendre ce que votre collègue veut pour le patient. Encore une fois, il est important de procéder à une écoute active et d'être très délibéré dans cet aspect très important de la sécurité des patients.

1 :07 :20

Très souvent, ce qui se passe dans les équipes, c'est que si vous donnez à vos collègues la possibilité de poser des questions pour clarifier leur rôle et pour confirmer leur compréhension de votre commentaire, en d'autres mots ma compréhension c'est que vous voulez que je fasse X, Y, Z et je vais faire A, B, C. Non, c'est très, très utile quand on fait cette communication fermée pour pouvoir adapter et clarifier. Et enfin, il est important si vous travaillez au sein d'une équipe multidisciplinaire et que vous transférez le patient à une nouvelle équipe, assurez-vous de documenter ces discussions avec l'équipe parce que la prochaine équipe ne saura pas du tout ce que vous avez fait pour le patient, ce qu'il doit faire, ce qu'elle doit faire maintenant et nous devons tous agir dans le meilleur intérêt de nos patients.

1:08 :07

Tino Piscione: Merci beaucoup, Shirley. Donna, j'aimerais m'adresser avec vous pour vous poser la prochaine question. Donc, c'est un scénario qui met en scène une situation de transfert. Lorsqu'un patient subit un préjudice et allègue que ce préjudice résulte du transfert des soins d'un médecin à un autre, qu'est-ce que les tribunaux pourraient rechercher comme preuve que les médecins impliqués dans le

transfert des soins ont agi d'une manière raisonnable, prudente et dans le meilleur intérêt du patient? Donc les principes médico-légaux dans le contexte du transfert.

1:08 :54

Donna MacKenzie: Oui, alors ce que le tribunal va considérer, c'est le médecin, ses actions, son rôle mais aussi parce que le critère juridique demande de considérer les circonstances, le tribunal va voir quels étaient le rôle du médecin et ses responsabilités au sein de l'équipe. Évidemment, plus il y a de membres de l'équipe, plus la documentation, la communication sont importantes. Et le tribunal va chercher ces preuves de communication et de documentation.

1 :09 :28

Je vais utiliser l'exemple du scénario spécifique. Donc le médecin demande un test. Il n'a pas pu être effectué avant que l'ortho 2 quitte l'établissement. Évidemment, le tribunal comprendra qu'on demande beaucoup de tests dans un quart de travail et qu'on ne peut pas être tenu individuellement responsable du test. Mais le tribunal va ensuite considérer quel système existe pour éviter que les demandes de tests déraillent.

1 :10 :01

Donc, s'il y a un protocole, il faut le suivre. Il faut suivre le système. Il faut pas faire cavalier seul et déroger aux règles de l'hôpital. Mais s'il n'y a pas de système formel de protocole pour un suivi, créez votre propre mini-système personnel comme ce médecin l'a fait. L'ortho 2 savait que le résultat du test n'était pas revenu. Il a fait quelque chose pour bien veiller à ce que cette information soit communiquée à l'ortho 1. Mais la question c'est : qu'a-t-il fait? Et est-ce que son mini-système créé par lui paraît raisonnable au tribunal?

1 :10 :43

Alors dans ce scénario spécifique, ortho 2 a demandé à l'infirmière d'appeler ortho 1 pour qu'il fasse un suivi des radiographies une fois effectuées. Évidemment, avec le recul tout est parfait. C'est tellement facile de voir que le test n'est pas revenu pendant le quart de travail du médecin ou de l'infirmière qui n'a pas pensé à prévenir l'infirmière suivante de communiquer avec ortho 1. Alors, le juge va se dire, bon d'accord, il faut s'attendre à l'inattendu dans une salle d'urgence. Et le médecin de l'urgence sait que les choses ne vont pas toujours bon train, évidemment.

1 :11 :23

Qu'aurait donc pu faire cet orthopédiste pour créer ce filet de sécurité pour vraiment créer ce niveau supplémentaire de protection? En d'autres mots, si les choses n'évoluent pas comme je le pense, y a-t-il un autre mécanisme pour rattraper les choses? Et comme on vous le dit depuis le début, documentez tout ce que vous faites. Si l'ortho avait mis une note dans le dossier « infirmière doit faire un suivi du résultat de test et communiquer avec ortho 1 », cette infirmière directement concernée l'a oublié, nous le savons. Mais la suivante est une infirmière responsable. Elle va regarder le dossier du patient dont elle a la responsabilité et elle va se dire, on peut l'espérer, ah, je me demande si le résultat est arrivé.

1 :12 :13

Je vais vérifier s'il a été communiqué. Je vais vérifier. Donc voilà, c'est ainsi que vous donnez satisfaction au tribunal et lui prouvez que vous avez réfléchi aux imprévus, que vous avez créé ce filet de sécurité, que vous communiquez avec les membres de votre équipe pour vous soutenir entre vous et pour offrir de bons soins au patient.

1:12:35

Tino Piscione: Merci. Certains des commentaires que nous recevons des membres sont de l'ordre de la contribution de chacun dans l'équipe, comment démêler la contribution de chacun. Et donc ce que je conclus d'après ce que vous avez dit, c'est qu'il ne s'agit pas simplement de démêler la contribution individuelle de chacun, mais en travaillant en équipe, vous pouvez vous entraider et appuyer la sécurité du patient. Pas uniquement en vous protégeant, mais en travaillant ensemble avec le reste de l'équipe. Merci de l'avoir signalé.

1 :13 :06

Et Shirley, je vais vous poser la prochaine question parce que le transfert de soins, c'est un sujet qui fait l'objet de plusieurs demandes. Peut-être que vous pourriez nous faire part rapidement de vos idées sur ce que l'on peut faire pour optimiser le transfert des soins en nous indiquant les outils et des stratégies pratiques?

1:13 :32

Shirley Lee: Lorsque je parle du transfert des soins, c'est une activité à haut risque pour les médecins et l'équipe, parce que nous sommes en train de transférer les soins du patient. On veut optimiser cette situation pour s'assurer que le patient soit en sécurité. De façon générale, il y a des règles de base pour le transfert de soins. Si c'est possible, faites un transfert de soins en personne. C'est là que vous avez l'occasion de poser des questions, demander des précisions.

1 :14 :02

Je sais que ce n'est pas toujours possible dans certaines situations où le transfert de soins se fait par téléphone, où vous êtes des médecins occupés qui travaillent dans différents hôpitaux, mais si vous faites un transfert de soins par téléphone, ça vous permet de poser des questions, de préciser des ambiguïtés et quelles sont les prochaines étapes. Si vous avez un outil de transfert de soins par écrit, par exemple le DMR, assurez qu'il n'y a pas de problème au niveau de la confidentialité.

1 :14 :31

Lorsqu'on nous demande de faire des présentations sur le transfert de soins, on se fait poser les questions à savoir l'utilisation des textos, des SMS pour le transfert de soins. Nous avons avisé nos membres que les textos sont une façon non sécuritaire de partager l'information par rapport aux transferts et vous devez vous assurer que les patients ne sont pas identifiés.

1 :14 :54

Assurez-vous également que vous optimisez l'environnement, que vous vous assurez d'avoir suffisamment de temps pour faire ce transfert de soins, que vous n'êtes pas à la course et que le collègue qui arrive sur les lieux n'a pas le temps de recevoir

l'information d'un transfert de soins. Ça, c'est un de mes problèmes personnels. Je veux m'assurer de ne pas partir à la course à ce stade important. Si vous utilisez un outil de transfert de soins, tant mieux, ou vous pourriez créer votre propre outil comme équipe, ce qui marcherait le mieux pour vous. Et assurez-vous aussi de s'assurer que les membres de votre équipe savent que c'est une priorité.

1:15 :38

Tino Piscione: Merci. Merci Dre Lee pour ce résumé de la situation. Une dernière question que je vais poser à la Dre Dion. Et je veux parler de comment on peut rassembler toute cette information par rapport à la communication de l'équipe et la prise de décisions en matière de diagnostic. Que doivent garder à l'esprit les médecins et toutes les équipes de soins de santé pour optimiser la communication au sein de l'équipe afin d'améliorer la prise de décisions en matière de diagnostic?

1:16 :11

Louise Dion: Merci. Vous avez dit les deux mots importants : équipe et communication. Vous travaillez au sein d'une équipe, une équipe multidisciplinaire de personnes qui ont des expertises, des spécialités qui diffèrent des vôtres et qui vous permettraient de voir le patient d'un point de vue différent. Tout cela est complémentaire. Toutes ces personnes ont une voix. On devrait reconnaître qu'ils ont tous une voix dans le traitement du patient et il faut entendre ce qu'ils ont à dire.

1 :16 :46

Et là, je parle de la sécurité psychologique. Plus tôt, on m'a présenté comme chirurgienne et comme vous pouvez voir, j'ai les cheveux gris et ça fait quand même quelques décennies. Mais je peux vous dire qu'à l'époque, la sécurité psychologique, c'était une notion très lointaine. Heureusement, maintenant nous avons tous et toutes évolué et la sécurité psychologique a été ciblée comme une des façons que l'on peut assurer la sécurité des patients.

1 :17 :15

Assurez-vous que tout le monde dans votre équipe sait qu'ils ont une voix. On les encourage à parler, que les gens vont écouter ce qu'ils vont dire. Il n'y a pas de questions stupides. C'est du moins ce que l'on m'a dit à l'époque. Cherchez des occasions pour partager les mêmes modèles cérébraux. Utilisez les briefings, les breffages, les caucus, les caucus prévus, les caucus improvisés s'il se passe quelque chose d'imprévu.

1 :17 :49

Assurez-vous durant ces caucus que tout le monde peut prendre la voix et que l'on entend la voix de tout le monde, et que les rôles et les responsabilités de tout un chacun sont clairs, tel que Donna l'a mentionné, et que l'on a documenté la discussion du caucus et la décision du caucus. Nous savons qu'il y a des listes de contrôle dans les salles de chirurgie. Peut-être que vous voulez avoir le même genre de liste de contrôle lors de vos caucus ou lors de vos transferts de soins. Si tel est le cas, vous allez peut-être couvrir tous les points et que tout le monde aura l'occasion de s'exprimer.

1:18 :28

Tino Piscione: Merci. Je suis tellement reconnaissant, Louise, comment vous avez répondu à cette question en disant que ce n'est pas – ce ne sont pas nécessairement les actions que vous prenez mais plutôt l'environnement que vous créez où seront prises ces questions. Merci.

1 :18 :48

Alors, je veux faire un petit résumé de ce scénario en examinant ce que nous pouvons faire pour améliorer la communication et dans la promotion de sécurité de diagnostics plus sécuritaires. Nos panélistes ont parlé premièrement de boucler la boucle des tâches en clarifiant ce qui doit être fait quand et par qui, et en vérifiant que les rôles et les responsabilités sont reconnus, non seulement plutôt reconnus, mais compris, qu'on comprend la portée.

1 :19 :19

Je sais exactement ce que je dois faire et quand. Nous avons parlé également des outils et techniques de communication structurée qui s'appuient sur les compétences de communication en boucle fermée et qui peuvent aider à organiser l'échange d'information critique. Mais plus important, ça permet de boucler cette boucle en validant la compréhension. Aussi, la création d'environnements où les gens se sentent en sécurité pour échanger des informations, soulever des préoccupations et s'exprimer.

1 :19 :51

Tout cela peut aider à identifier de nouveaux éléments d'information ou des perspectives qui pourraient autrement ne pas être connues. Et l'utilisation des activités existantes telles que les caucus, les briefings, les réunions d'équipe, et ce, pour créer des modèles mentaux partagés en s'assurant que tout le monde est sur la même longueur d'onde et en créant des occasions pour les équipes de s'habituer à s'exprimer. Peut-être justement lorsque les risques sont moins élevés que lorsqu'on est dans des situations plus urgentes.

1 :20 :28

Dans les dernières 15 ou 20 minutes qui nous restent, eh bien nous avons atteint le point de cette séance où nous vous invitons à poser à nos panélistes toutes les questions que vous pourriez avoir concernant le risque de préjudices ou de responsabilités liés aux diagnostics ou évaluations diagnostiques ou raisonnements diagnostiques. Nous essaierons de répondre au plus grand nombre de questions possible.

1 :20 :57

Et j'ai une question ici. Donna, je vais vous poser cette question. Cette question, je crois, est associée à la situation actuelle auxquels sont confrontés les médecins et les patients à ce stade-ci de la pandémie, c'est-à-dire les arriérés de services. Voici la question, donc : Pourrais-je, est-ce qu'un médecin pourrait être tenu responsable si le diagnostic d'un patient est retardé en raison d'un arriéré de services dû à la pandémie?

1:21 :30

Donna MacKenzie: Merci, Tino. Nous, comme avocats représentant les médecins, nous reconnaissons les circonstances difficiles dans lesquelles vous vous trouvez et aussi les circonstances en évolution dans lesquelles vous vous trouvez. La norme de diligence ne change pas. Le test légal ne change pas en raison de la pandémie mondiale. Par contre, cette pandémie mondiale et les impacts sur les ressources médicales, c'est sûrement une des questions que les tribunaux tiendront compte si justement un patient alléguait qu'il y avait un retard d'un diagnostic.

1 :22 :15

Donc prenons un exemple le plus facile ici, c'est-à-dire la fermeture des blocs opératoires dans certains hôpitaux pour une période de temps. Les chirurgiens généraux qui ont tout organisé leur liste de patients et soudainement qui ne font pas de chirurgie ne seront pas tenus responsables individuellement pour la fermeture des blocs opératoires. Ils n'ont aucun contrôle de ce côté. Donc, il y a quand même une certaine – on peut quand même se rassurer de ce côté-là.

1 :22 :48

Mais je ne voudrais pas que vous soyez trop rassurés. Simplement parce que c'est une pandémie mondiale, ce ne peut pas être la raison pour organiser votre liste de patients. Vous savez que les blocs opératoires rouvriront encore une fois. Mais durant la période de fermeture, vous voulez être en train de faire quelque chose, d'être en train de communiquer afin que vous allez pouvoir être prêts à vous remettre au travail lorsque les blocs opératoires rouvriront.

1 :23 :22

Ayez des communications avec les médecins référents, avec les patients. Ayez des communications avec vos collègues au sein de votre département et aussi des communications avec vos collègues de chirurgiens généraux. Que font-ils dans leurs hôpitaux? Vous voulez, bien sûr, assurer de bons soins pour les patients. Mais dans l'éventualité où il y a une telle allégation, vous voulez pouvoir faire preuve que vous avez fait ce qui était raisonnable dans ces circonstances difficiles.

1:23 :53

Tino Piscione: Merci, Donna. Nous avons quelques commentaires de médecins en situation communautaire. Comment peuvent-ils gérer ces arriérés de services si tout est hors de leur contrôle? Donc Shirley, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter à ce qu'a dit Donna? C'est-à-dire qu'est-ce que le médecin peut faire pour réduire le risque de préjudice et aussi pour réduire le risque de responsabilité en raison des retards dans les systèmes qui sont hors de contrôle des personnes individuelles?

1:24 :34

Shirley Lee: Tino, j'ai tellement de respect pour nos collègues qui ont continué à travailler durant cette pandémie. Nous avons travaillé jour après jour. Donna en a parlé. On ne peut pas sous-estimer l'importance de communiquer avec nos patients. Des patients sont très anxieux, post-pandémie, pour ce qui est d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Moi, je les vois. Je travaille aux services d'urgence. C'est très

important de communiquer avec le patient, c'est-à-dire que s'il y a des délais quant à des diagnostics ou le fait de pouvoir consulter un professionnel de la santé, c'est important de leur dire.

1 :25 :17

Il ne faut pas qu'ils aient des soins inacceptables mais quand même leur dire qu'il y a un délai pour avoir votre échographie ou avoir une autre consultation. On fait de notre mieux pour tenter d'atténuer cette situation. Ce qui est important par rapport à la communication avec le patient, c'est que si vous avez un patient qui vous inquiète – donc je pense, entre autres, aux médecins de famille qui attendent pour qu'un spécialiste puisse voir leurs patients en vue potentiellement d'un cancer.

1 :26 :00

Eh bien il faut quand même être conscient d'une situation qui exigerait davantage de soins ou de rappels. Lorsqu'il y a un changement de conditions, vous êtes partenaire avec le patient, d'écouter également pour éviter ces délais et ces diagnostics plutôt que de simplement dire, bon, je vais attendre d'entendre parler de mon médecin dans quatre à six mois et entre-temps les choses s'aggravent.

1 :26 :24

Aussi, y a-t-il une occasion pour gérer les soins de nos patients afin que les médecins des familles et les consultants ensemble jusqu'à tant que les tests peuvent être menés. Nous avons vu de l'innovation, de la créativité déjà durant la pandémie, notamment avec les spécialistes et les médecins de famille. Ils ont travaillé ensemble pour tenter d'atténuer certains des risques pour le patient. Parce que nous sommes inquiets de nos patients. On veut pouvoir en prendre soin.

1 :26 :50

Nous avons vu des gens qui ont innové avec leurs collègues. Et ils ont soit des soins virtuels ou ils ont appris un système de triage différent pour diminuer leur liste d'attente de façon novatrice ou encore de partager les ressources avec d'autres collègues ou d'autres hôpitaux pour réduire la longueur de la liste. Ce ne sont pas des solutions qui sont vraiment une solution magique, mais l'importance de ces communications alors qu'on se trouve dans cette situation et que ces communications soient faites de façon bienveillante et c'est aussi important de tenir compte de ce que l'on dit aux patients, parce que tout cela sera examiné, pris en compte, n'est-ce pas Donna?

1:27 40

Donna MacKenzie: Oui. Et Tino, je voudrais simplement faire une petite promotion pour s'assurer que vos adjoints, vos gestionnaires de bureau, vos professionnels de la santé qui font partie de votre équipe de soins de santé communiquent également et qu'ils documentent également. Je vois trop souvent dans nos dossiers des situations où le patient dit – mais, et là je parle de période pré-COVID –, j'ai communiqué avec le bureau du médecin à six reprises et nous, nous allons au dossier et il n'y a rien. Ont-ils vraiment communiqué avec le cabinet du médecin trois ou six fois?

1 :28 :18

Je n'ai rien. Je n'ai rien au dossier. Donc, notamment lorsqu'il y a des patients qui sont anxieux, qui ont hâte de voir ce qui va se passer, comme médecin vous n'allez pas pouvoir répondre à tous ces appels. Vous allez devoir déléguer une partie de ces appels. Mais s'il y a quelqu'un d'autre qui parle à ces patients, je vous en prie, demandez à ce que cette personne documente la nature de la discussion. Et je vous en prie, communiquez avec cette personne pour lui dire, bon d'accord. J'imagine que vous recevez beaucoup d'appels. Donnez-moi une idée du genre d'information que vous entendez.

1 :28 :57

Y a-t-il des patients qui vous préoccupent particulièrement? Donnez-leur de l'orientation pour qu'ils puissent remplir leurs tâches et ensuite donnez-leur une occasion pour vous dire comment ça se passe. Et pour moi, ça me permet de boucler la boucle avec l'équipe.

1:29 :15

Tino Piscione: Merci, Donna, d'avoir souligné cet aspect de la pratique. Janet, je crois que nous avons une question en français.

1:29 :24

Janet Nuth: (not translated) On a une question posée en français pour Dre Dion. Vous recevez une copie de rapport d'examen sur lequel un diagnostic sérieux apparaît, mais vous n'avez pas demandé l'examen. Quelle est votre obligation envers le patient ou la patiente?

1:29 :46

Louise Dion: (not translated) Merci, Janet. Alors, frustrant et je pense que j'ai entendu le soupir collectif à travers tout le Canada de tous les médecins auxquels ça arrive. Frustrant parce que ça demande du temps et ça demande de l'énergie pour s'assurer qu'il y a une action qui est prise sur le test anormal pour le patient. Il y a différents scénarios qui peuvent arriver. Alors il peut y avoir les scénarios où vous êtes en copie conforme avec le médecin qui a requis le test, mais vous étiez pas au courant que le test a été demandé.

1:30 :19

Ce patient-là peut être un patient de votre pratique ou peut être un patient qui n'est pas de votre pratique. Le dernier scénario qui est le plus fatigant c'est vous recevez – ils sont tous fatigants mais celui-là en particulier plus. Vous recevez copie d'un test que vous n'avez pas demandé et c'est pas vous qui avez demandé le test, mais le test est vraiment anormal pis il y a une personne d'autre qui est en copie sur le test.

1 :30 :42

Si on prend les deux premiers scénarios, ben en fait, si on prend tous les scénarios, les tribunaux et les Collèges ont dit que le médecin qui demande un test ou un examen de laboratoire ou d'une imagerie est responsable d'assumer le suivi de ce test-là ou de s'assurer que quelqu'un d'autre va le faire à sa place. Et ça, ça veut dire le déléguer à quelqu'un d'autre et s'assurer que le quelqu'un d'autre a accepté la mission.

1:31 :14

Est-ce que ça veut dire que parce que vous avez pas demandé le test vous n'avez aucune responsabilité médico-légale envers le patient pis que vous pouvez prendre le test pis faire ça pis le mettre dans la poubelle? La réponse est probablement non. Le fait d'avoir engagé la responsabilité de quelqu'un d'autre ne vous dégage pas nécessairement de la vôtre. Il y aurait probablement une responsabilité collective s'il y avait un problème médico-légal.

1:31 :37

Alors dans les deux premiers scénarios où vous êtes en copie et il y a le médecin qui a requis l'examen qui a reçu aussi, on pense, une copie du test, l'important c'est de clarifier si c'est pas déjà clair qui est le médecin responsable du patient pour ce test. Si c'est déjà clair, ça va. Si ce ne l'est pas, vous voulez peut-être considérer appeler le médecin requérant pour s'assurer qu'il ou elle a vu le test et s'assurer de qui est responsable d'agir sur le test.

1:32 :08

Ou si c'est un patient de votre pratique et/ou, en fait, d'appeler le patient pour voir est-ce que vous avez vu le médecin qui a demandé le test? Est-ce qu'il y a quelque chose qui va se passer? Assurez-vous qu'il est clair que ce patient-là va avoir un suivi. Pour le dernier scénario où vous recevez un test que vous n'avez pas demandé, votre responsabilité n'est pas dérogée parce que c'est pas quelqu'un que vous connaissez. De temps en temps, quand il y a un nouveau médecin qui arrive dans le quartier et qui a le même nom de famille que vous, on se rend compte que c'est toujours de cette personne-là que le test arrive, vous voulez peut-être essayer d'appeler ce médecin-là qui ferait partie du cercle de soins pour vérifier s'il ou elle a demandé un test et s'assurer que le suivi va être fait.

1:32 :51

S'il est impossible pour vous de savoir qui a demandé le test, vous voulez peut-être considérer appeler le patient. Il y a souvent un numéro de téléphone qui apparaît sur la carte qui a été plaquée, pour vérifier avec ce patient-là qui est leur médecin. Est-ce qu'ils ont vu leur médecin? Le suivi va être fait et entrer en contact avec ce médecin-là. La chose importante quand vous recevez quelque chose qui ne vous est pas adressé, c'est d'aviser le laboratoire qui vous a envoyé par erreur ou d'envoyer – d'aviser le laboratoire d'imagerie qui vous a envoyé par erreur le test pour leur demander aussi de faire le nécessaire pour aviser le médecin traitant et de s'assurer que ça ne se répète pas trop souvent – mais frustrant.

1:33 :42

Tino Piscione: (simultaneous translation) Merci, Louise. Shirley, il nous reste assez de temps pour une ou deux questions. Beaucoup de membres nous posent des questions sur les soins virtuels. Et donc, je vous demanderais simplement peut-être ceci. Pour plusieurs médecins qui offrent surtout des soins virtuels ou exclusivement des soins virtuels pour le moment, avez-vous des conseils à leur donner sur la façon d'aider leurs patients et de réduire leurs propres risques médico-légaux alors que leurs patients attendent leur procédure de diagnostic définitif?

1:34 :29

Shirley Lee: Oui. Alors comme je l'ai dit tantôt, j'ai parlé du *playbook* de l'ACPM. C'est une excellente ressource et si vous n'avez pas eu l'occasion d'en prendre connaissance, jetez-y un coup d'œil, avec des lignes directrices nationales. Excellente (inaudible) et cela donne le ton pour ce qui est du caractère raisonnable de la norme de soins. Alors, le cas que vous décrivez il est important, Tino, de documenter les conversations, fussent-elles virtuelles, par rapport à des enjeux comme le manque de ressources et l'autocontrôle de la maladie.

1:35 :11

De nos jours, on a beaucoup d'instruments permettant aux patients de contrôler, de suivre sa maladie à domicile, des évaluateurs de glucose, etc. Et donc, voilà. Il y a les drapeaux rouges. Vous pouvez les mentionner aussi en tant que médecin, mais vérifiez la compréhension du patient. Quelle est votre compréhension du moment où vous avez besoin de demander des soins? N'attendez pas qu'il vous le dise. Il va simplement vous dire oui parce qu'il est content de vous parler, mais demandez-lui de vous dire quand il doit revenir, par exemple, s'il y a eu un diagnostic grave, etc.

1:35 :46

Une évaluation plus urgente requise par un médecin ou une visite à l'hôpital serait importante à mentionner à votre patient. Et vous devez lui donner des attentes par rapport à des délais appropriés. Le meilleur intérêt du patient. Les patients peuvent sentir quand on n'est pas sincère. Il est très important comme professionnels de la santé de partager l'information de façon respectueuse. Certains patients ne seront pas contents d'entendre parler de retard potentiel et chercheront des soins – à obtenir des soins ailleurs. C'est possible.

1:36 :22

Mais assurez-vous de documenter ces conversations que vous aurez avec les patients. Ce sont des conversations parfois difficiles, mais si les patients savent que vous agissez dans leur meilleur intérêt ou que vous appellerez un spécialiste directement pour eux, ils comprendront que vous faites le meilleur pour eux.

1:36 :42

Tino Piscione: Merci beaucoup, Shirley, de cette réponse. Malheureusement, nous allons devoir nous arrêter, arrêter la période de questions et réponses parce que nous arrivons proches de la fin de notre séance ensemble. Merci beaucoup au panel pour avoir partagé ces idées sur ces sujets très importants. Nous vous invitons à nouveau à remplir votre sondage. Il devrait être dans la boîte de réception de votre courriel. Sinon, vérifiez dans votre fichier de pourriel. Nous apprécions vos commentaires.

1:37 :14

La séance de cette année a largement été guidée par les commentaires que nous avons reçus des personnes qui ont participé à la séance de formation de la réunion annuelle de l'an dernier. Donc, n'hésitez pas à partager vos réflexions sur la séance d'aujourd'hui, bonnes ou mauvaises. Vos commentaires sont les bienvenus et nous

aident à concevoir des séances de formation qui répondent à vos besoins en apprentissage.

1:37 :32

Donc voilà. Nous allons conclure en vous rappelant nos trois messages clés. Demandez-vous, est-ce que quelque chose m'échappe? Est-ce que j'ai toutes les informations pour faire un diagnostic? Et quelles pièces du casse-tête peuvent me manquer (sic)?

1 :38 :47

Janet Nuth :

Le deuxième message, c'est qu'on ne recherche pas la perfection. Laissez votre documentation de la rencontre clinique exprimer le caractère raisonnable de votre prise de décision dans les circonstances.

1 :38 :00

Tino Piscione : Et enfin, tirez parti de la communication au sein de l'équipe pour accroître la conscience de la situation et veiller à ce que tous ses membres soient sur la même longueur d'onde.

1:38 :10

Janet Nuth: Et Tino, on veut que tout le monde qui écoutait aujourd'hui prenne un bout de papier et note une chose que vous allez faire autrement pour réduire vos risques d'erreurs diagnostiques et pour que vos patients soient davantage en sécurité. On va vous demander de le noter dans l'évaluation. Donc, notez une chose que vous vous engagez à faire autrement pour accroître la sécurité de vos patients.

1:38 :55

Tino Piscione: Formidable. Et n'oubliez pas d'aller voir le site web de l'ACPM qui contient beaucoup de ressources sur le sujet de l'erreur diagnostique, mais sur plein d'autres sujets quant à la pratique sécuritaire, la réduction des risques médico-légaux. Pendant que vous y êtes, vous pourrez vérifier notre page web sur les bonnes pratiques. Il vous permet de faire des recherches spécialisées. Il y a des activités d'apprentissage en ligne mises à jour que vous pouvez effectuer pour obtenir des crédits et des liens vers les balados de l'ACPM et qui portent sur plusieurs sujets médico-légaux.

1:39 :11

Nous avons aussi la page web sur la COVID qui contient beaucoup d'information très importante concernant la pandémie. Et nous offrons également des ateliers aux membres de l'ACPM qui s'attachent particulièrement à réduire les erreurs diagnostiques. L'information sur les horaires, l'accréditation se trouvent sur le site web. Surtout nous apprécions très sincèrement que vous ayez participé à notre séance, que vous ayez pris le temps d'être là.

1:39 :52

Nous apprécions les grands sacrifices personnels que vous avez faits depuis un an et demi. Nous vous sommes reconnaissants envers votre dévouement, envers votre

dévouement à vos patients. Encore merci d'avoir été là aujourd'hui. Au nom du
Dre Janet Nuth et de nos distingués panélistes, nous vous souhaitons une bonne fin
d'été en toute sécurité.