

# TRANSCRIPTION

**ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients**

**CPSI Canadian Patient Safety Institute**

**D<sup>r</sup> Peter Pisters**

**Président-directeur général, Réseau universitaire de santé, Toronto**

**[0:00:10]** Je suis actuellement président-directeur général du Réseau universitaire de santé à Toronto. À ce titre, je suis aussi, à mon sens, le chef responsable de la sécurité des patients de l'organisation. Je suis chirurgien et j'ai suivi une formation il y a de nombreuses années en tant que chirurgien spécialiste du cancer et j'ai travaillé, tout récemment, avant d'occuper mon poste au RUS, aux États-Unis, au MD Anderson Cancer Center de l'Université du Texas.

**[0:00:39]** Je suis ici pour partager une histoire qui m'a personnellement touché, une histoire de préjudice causé à un patient. Une expérience personnelle a vraiment fait naître un intérêt chez moi pour la sécurité des patients à l'époque où je travaillais à l'Université du Texas, au MD Anderson Cancer Center à titre de professeur en chirurgie. Et un jour, nous avons effectué une opération très, très compliquée pour un patient qui avait une maladie de l'œsophage au niveau du tube de déglutition. Nous pratiquons une procédure très compliquée où nous devons prélever le côlon du patient et le transplanter pour remplacer l'œsophage malade. C'était une procédure compliquée qui impliquait plusieurs équipes. L'opération avait duré neuf heures et elle s'était bien passée. À la fin de l'opération, l'équipe en salle d'opération effectuait systématiquement le décompte des éponges. Ce processus nous permet de vérifier qu'il ne nous en manque aucune, par accident. Et le premier décompte effectué était incorrect. C'est en fait assez courant durant les chirurgies importantes, et j'ai demandé au personnel infirmier de recompter.

**[0:01:42]** Le deuxième dénombrement était correct, ce qui m'a plutôt rassuré, mais un petit doute subsistait. À ce moment-là, l'opération durait depuis longtemps. Le patient avait froid et je sentais qu'il était absolument impossible que j'aie pu laisser une éponge à l'intérieur du patient. Et j'ai plutôt décidé de laisser le patient aller en salle de réveil. Il y avait un peu d'incertitude et j'ai décidé de faire passer une radiographie dans la salle de réveil, juste pour être certain.

**[0:02:15]** Et dès que cette radiographie a été faite, un membre de mon équipe m'a appelé et m'a dit : « Il reste quelque chose à l'intérieur du patient. » Je ne pouvais pas le croire, parce qu'il me paraissait impossible d'avoir pu laisser quelque chose à l'intérieur du patient. Le doute était tenace, parce que deux informations se contredisaient. J'ai essayé de faire concorder le décompte incorrect d'abord, puis le décompte correct. Je ne pouvais pas croire qu'on avait laissé quelque chose à l'intérieur du patient. Alors j'ai demandé à un membre de l'équipe. On est allés au chevet du patient ensemble. Nous avons pris un

autre type de radiographie, cette fois, sur la largeur du patient. Et quand on a fait la deuxième radiographie, on a vu qu'il restait quelque chose à l'intérieur du patient.

**[0:02:57]** Quand j'ai regardé les deux radiographies, je ne comprenais pas, je vous le jure, de quoi il s'agissait. Et j'ai réalisé à ce moment-là que pendant ma formation de chirurgien, pendant mon programme de formation, dans les manuels, dans les examens, je n'avais jamais vu de radiographies de corps étrangers laissés à l'intérieur de patients. Et par conséquent, je n'ai pas pu identifier ce corps étranger, ce matériau que j'avais laissé à l'intérieur du patient.

**[0:03:23]** Je suis donc allé immédiatement rencontrer la femme du patient. Je lui ai dit : « On a un problème. On a fait une radiographie, et je pense que j'ai laissé quelque chose à l'intérieur de votre mari. » À la fin de cette première conversation avec elle, je me souviens avoir traversé le couloir tête baissée et avoir pensé : « Comment ça a pu arriver? Comment trouver une solution? Qu'est-ce que je vais faire? Qu'est-ce que je vais devenir? Est-ce que ma famille pourrait en pâtir? »

**[0:03:53]** J'avais atteint, à bien des égards, le sommet de ma carrière. J'avais été promu professeur titulaire après dix ans à la faculté. Je pratiquais une chirurgie hautement technique. Nous connaissions un formidable succès en tant qu'organisation et au sein de notre groupe, et je craignais que cela ne me nuise non seulement sur le plan personnel et professionnel, mais que les répercussions sur l'organisation soient plus vastes et que dans ce contexte, elles s'étendent même à un monde de litiges et entraînent une suite d'événements très compliqués et très, très désagréables pour toutes les personnes impliquées.

**[0:04:37]** Le membre et moi avons procédé, sur une période d'environ six heures, à la radiographie de chaque pièce du matériel médical que nous avons utilisée dans l'opération qui pouvait ressembler en apparence à ce que nous avons vu sur la radio.

**[0:04:46]** À 2 h du matin, j'ai finalement réalisé que ça devait être une éponge. On a radiographié l'éponge et c'était bien ça. On a ensuite décidé de réopérer le lendemain matin.

**[0:05:02]** J'ai dormi à l'hôpital cette nuit-là. À 7 h 30 le lendemain matin, on est retournés au bloc opératoire. Je me suis assis dans le coin de la pièce sur un tabouret et j'ai observé mes collègues rouvrir l'abdomen. Ça ne leur a pris que 20 minutes. Ils ont retiré l'éponge du corps. L'intervention a duré environ 30 minutes.

**[0:05:20]** Et je suis retourné parler à la femme du patient. Je lui ai dit : « On a compris ce que c'était, on a identifié et enlevé le corps étranger. Tout va bien se passer pour votre mari maintenant. » Le patient allait bien. Mais ce moment de ma carrière restera gravé à jamais dans ma mémoire.

**[0:05:40]** Je me suis senti horriblement mal. Je me suis senti humilié. J'ai ressenti une peine immense. Je ne pouvais pas croire que j'aie pu commettre une telle erreur. En y réfléchissant plus en détail, j'ai commencé à réaliser qu'en effet, j'avais commis une erreur, mais plusieurs systèmes avaient fait défaut.

**[0:06:00]** Plus tard dans ma vie universitaire, en allant à Boston pour étudier la sécurité des patients à la Harvard School of Public Health, j'ai beaucoup appris sur la science de l'erreur humaine.

**[0:06:12]** Une grande partie de ce que nous devons faire aujourd'hui est de reconnaître et d'admettre que dans le domaine des soins de santé, nous avons toujours eu, par le passé, une culture de honte et de blâme, et souvent fait en sorte de dissimuler nos erreurs avant de passer au prochain patient. Nous devons dépasser ça, adopter des principes et les concepts de la culture d'adaptation et recourir à la pensée systémique pour mieux comprendre la complexité de notre environnement de travail en matière de soins de santé.

**[0:06:37]** Nous avons une belle occasion d'adopter des principes, des pratiques et des approches mises en place par d'autres industries. Si nous examinons les gains réalisés dans l'aviation commerciale ou dans la fabrication d'énergie nucléaire ou de produits chimiques, ces industries sont souvent considérées comme des entreprises de haute fiabilité par les universitaires. Et en adoptant bon nombre des approches et des principes qui ont été adoptés dans ce groupe d'industries et en les transférant aux soins de santé, nous pouvons vraiment effectuer des changements radicaux.

**[0:07:12]** L'un des plus grands changements que nous apportons au Réseau universitaire de santé consiste en une approche et un programme appelé Caring Safely. C'est un programme que nous avons conçu, créé et mis en œuvre en collaboration avec The Toronto Hospital for Sick Children. Il s'agit vraiment d'une approche structurée en matière de sécurité des patients qui commence par l'effort d'alimenter une culture d'adaptation, une approche qui encourage un processus de prise de parole sur la sécurité, une approche qui s'étend non seulement aux patients, mais aussi aux employés et à la sécurité au travail.

**[0:07:47]** Je crois que les patients et les familles comprennent bien la complexité des soins médicaux, et la façon dont ils sont dispensés aujourd'hui. Ils comprennent que parfois les choses ne se passent pas comme prévu. La sincérité et l'honnêteté dont nous faisons preuve, même l'incertitude que nous véhiculons en ces temps incertains, renforcent paradoxalement la confiance des patients et des familles.

**[0:08:14]** Être impliqué dans un épisode comme celui que j'ai vécu suscite d'intenses émotions et toutes sortes de réactions. La meilleure chose qui puisse arriver à de nombreux prestataires dans cette situation est peut-être de devenir des champions de la sécurité et de réaliser que cet événement peut susciter un intérêt. Parfois, un changement de trajectoire de carrière peut vous amener à vous porter volontaire pour siéger au comité

d'un hôpital, à lire différentes publications, à comprendre que la science de l'erreur humaine est bien une science, et qu'on gagne beaucoup à apprendre, à réfléchir à la culture de la sécurité dans votre organisation ou dans votre pratique, et à agir réellement comme champion de la sécurité des patients à l'avenir.

**[0:09:07]** Ces champions, surtout lorsqu'ils sont des médecins, exercent une influence considérable sur le milieu des soins de santé dans lequel ils travaillent. Cela peut mener à sauver des milliers de vies.

**ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients  
CPSI Canadian Patient Safety Institute**

FIN