

TRANSCRIPTION

ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients

CPSI Canadian Patient Safety Institute

D^{re} Amy Nakajima

Gynécologue

[0:00:10] Cette histoire porte sur une situation qui m'est arrivée 14 mois après le début de ma pratique. J'y ai pensé chaque jour pendant les dix premières années de ma carrière. Ça ne m'a jamais quittée. Cette expérience a, je pense, à bien des égards, fait de moi le médecin que je suis, la personne que je suis aujourd'hui.

[0:00:32] Une de nos patientes était en train d'accoucher et on m'a demandé d'aller la voir pendant ses poussées parce que le battement de cœur du bébé ralentissait. Et le médecin de famille avait déjà commencé à utiliser une ventouse. À mon arrivée, j'ai pris le contrôle de cet accouchement assisté par ventouse. Et ça s'est plutôt bien passé, mais il y avait un léger saignement. Je ne voyais pas très bien pour recoudre la déchirure du vagin, alors on l'a emmenée au bloc opératoire. Et tout semblait assez normal jusqu'ici.

[0:01:08] J'ai commencé à éprouver des difficultés dans la salle d'opération. On a recousu la déchirure. Je m'attendais à ce que les saignements arrêtent. Mais elle n'arrêtait pas de saigner. J'ai ensuite vérifié le protocole habituel dans les cas où les femmes saignent après l'accouchement. Quels étaient les points communs? Et on est partis de là. Mais les saignements se poursuivaient. Et j'ai appelé le médecin de garde pour qu'il vienne m'aider. Et puis l'anesthésiste a dit qu'il avait du mal, lui aussi. Il a donc appelé le deuxième anesthésiste pour lui venir en aide. Et puis il est devenu clair que nous avions même de la difficulté à atteindre les lignes intraveineuses. Donc le chirurgien général est venu faire une incision. Puis, il a commencé à dire : « Quelque chose ne va pas ». Ça ne fonctionnait pas. Elle ne réagissait pas comme je m'y attendais. La situation est devenue difficile pour tout le monde. Pas juste pour moi. Toute l'équipe, tous les prestataires éprouvaient de la difficulté. Je faisais tout ce qu'on m'avait enseigné à faire. Je faisais tout à la lettre. Et pourtant, je n'obtenais pas les résultats habituels à la suite de ces interventions.

[0:02:30] Et il s'est avéré qu'il s'agissait d'un cas très rare d'embolie amiotique. Dans notre tentative vaine d'améliorer les choses, la frustration nous submergeait. On se sentait perdus et très perplexes. Dans ce chaos contrôlé, beaucoup de gens entraient et sortaient. Et quand on a finalement décidé qu'on l'amenait aux soins intensifs, elle a fait un arrêt cardiaque et elle est décédée.

[0:03:07] Et je me suis assise là cette nuit-là à dicter mes notes et à les passer en revue encore et encore, en tentant d'éclaircir des éléments sur ses soins, pendant qu'elle était sous anesthésie. En avait-elle besoin? En fait, probablement pas. Et c'est ce qui a tout

déclenché. C'est devenu un enseignement très poussé, douloureux et inattendu pour moi sur la façon de faire une analyse d'incident. Et pourtant, personne ne m'a appris comment faire. J'avais devant moi le tableau complet et j'essayais de rassembler l'information pour pouvoir la relater.

[0:03:52] Et j'ai appelé le chef du personnel pour lui expliquer brièvement ce qui s'était passé. Et sa réponse a été marquée par l'incrédulité. Qu'est-ce que vous me dites? Je vous dis qu'une mère est décédée. Vous savez que ce n'est jamais arrivé. Je sais, ça ne s'est pas produit depuis des décennies.

[00:04:10] J'étais de garde, donc je suis restée à l'hôpital cette nuit-là. Mais je me sentais complètement anéantie. Malgré tout ça, j'ai même dû aller voir un autre patient parce que j'étais de garde. Et c'est le patient que j'ai revu dans le bureau plus tard. J'étais totalement épuisée.

[0:04:37] Lorsque j'ai appelé le chef du personnel, je lui ai dit : « Il faudra trouver quelqu'un pour me remplacer à 8 h demain matin parce qu'il n'est pas sécuritaire que je vienne travailler. » J'ai été en congé pendant deux semaines.

[0:04:48] Je lui avais donc dit les choses ainsi – ça semble mélodramatique maintenant, mais j'avais vraiment l'impression à l'époque que si ce n'était pas un type d'embolie, j'allais démissionner faute d'avoir pu la sauver. On aurait dû pouvoir la sauver en équipe. On a attendu les résultats de l'autopsie. Et il s'agissait effectivement d'une embolie.

[0:05:14] J'ai assisté à ses funérailles, un événement mémorable que je n'oublierai jamais. Le lieu était plein à craquer. Et je me sentais tellement désolée pour cette famille.

[0:05:35] Je suis revenue travailler deux semaines plus tard dans un hôpital qui avait perdu un patient sans recevoir un seul mot de blâme. Un soutien incroyable de toutes parts. Alors avec le recul, sachant ce que d'autres secondes victimes rencontrent et endurent, je me sens très chanceuse d'avoir bénéficié de ce soutien. Comment étais-je censée m'adresser à la famille du patient? Que devais-je leur dire? On ne me l'avait pas enseigné. Je ne l'avais pas appris pendant mon programme de résidence. Je n'avais jamais vu un prestataire vivre un tel événement. Et de devoir parler à la famille par la suite, les informer, leur offrir un soutien émotionnel, en plus de comprendre ce qui s'était passé, ce qui s'était exactement passé. Donc, pour toutes ces raisons, je me sentais vraiment, vraiment incompétente parce que je n'avais pas été formée, je n'avais jamais été confrontée à ça avant.

[0:06:38] D'un autre côté, j'ai eu un tel soutien de la part de l'équipe et de l'hôpital par l'intermédiaire de l'administration. Donc, pour quelqu'un qui avait fait cette expérience très tôt dans sa pratique avec très peu de formation en lien – en fait, aucune formation pour gérer une telle situation – j'ai été vraiment chanceuse d'être dans un environnement si enclin à m'aider.

[0:07:02] Le fait d'avoir vécu cet événement entre autres expériences m'a vraiment inspirée à promouvoir un enseignement plus axé sur la sécurité des patients dans les programmes de premier et de deuxième cycles. Je suis actuellement à Ottawa et, depuis les deux dernières années, une nouvelle conférence sur la sécurité des patients se donne aux étudiants de troisième année de médecine. Et l'an dernier, nous avons mis en place un stage au choix sur la sécurité des patients pour les étudiants dans leur stage préclinique et clinique. Dans le cadre du programme de deuxième cycle, nous avons commencé à faire des simulations aux fins de divulgation. Et c'est vraiment intéressant. Alors quand les gens entendent parler de simulation en soins de santé, ils pensent à ce mannequin à 45 000 \$. Mais en fait, l'une des formes de simulation les plus efficaces est un jeu de rôle. Et c'est une façon vraiment efficace d'enseigner, de pratiquer, d'évaluer ces situations vraiment difficiles qu'il est impossible de prévoir.

[0:08:10] Je dirais que j'ai fait partie de ceux qui se sont sentis coupables que cela se soit produit. Je n'ai pas ressenti de honte. Et je pense que c'est crucial, que je me suis sentie soutenue. Je n'ai pas été ostracisée. On ne m'a pas humiliée. Je n'ai pas reçu de blâme. Tout le monde autour de moi a fait preuve de solidarité et d'empathie.

[0:08:34] Il est si difficile de dire à une famille : « Je suis vraiment désolée que nous n'ayons pas pu sauver la maman ». Certains ont fait un parallèle avec le programme d'enseignement relatif à l'annonce de mauvaises nouvelles dans le cadre de la formation médicale de premier cycle. Mais je pense que c'est fondamentalement différent parce que l'annonce d'une mauvaise nouvelle pourrait se résumer à : « Je suis vraiment désolée. Vous vous souvenez du dernier test que nous avons effectué? Nous avons diagnostiqué un cancer du col de l'utérus. » C'est une terrible nouvelle pour une patiente. Et je me sentirai terriblement mal de lui faire part de cette nouvelle parce que je sais ce qui s'en vient. Mais c'est fondamentalement différent de dire : « Je suis vraiment désolée. Vous avez un cancer du sein, et nous avons fait l'ablation du mauvais sein. » C'est un échange très différent, complètement différent parce que vous devez maintenant assumer la responsabilité de votre participation au préjudice causé par vos soins de santé à cette patiente. Et je pense que nous devons l'aborder dès les études de premier et de deuxième cycles, parce que nous ne pouvons pas nous attendre à ce que nos stagiaires, si nous n'en parlons pas, si nous ne l'enseignons pas, si nous ne l'évaluons pas pendant la formation, comment pouvons-nous nous attendre à ce qu'ils soient compétents dans une situation aussi difficile pour eux sur le plan émotionnel?

[0:10:02] Je constate, à plus grande échelle, que l'Institut canadien pour la sécurité des patients offre de la formation et défend les intérêts des patients et des prestataires. Je crois vraiment que des changements visibles sont possibles au fil du temps.

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

FIN