

TRANSCRIPTION

ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients

CPSI Canadian Patient Safety Institute

Steve Long

Pharmacien

Steve Long : [0:00:09] Je m'appelle Steve Long. Cette histoire remonte à 2004, lorsque j'étais à la tête d'une pharmacie de la région sanitaire de Calgary et responsable de tous les services de pharmacie des hôpitaux de la ville de Calgary.

Deborah Prowse

Patients pour la sécurité des patients du Canada

Deborah Prowse : [0:00:23] Je m'appelle Deborah Prowse. En 2004, j'étais l'une des proches au chevet de ma mère qui était hospitalisée. Nous sommes ici ensemble parce que le partenariat entre les patients et les prestataires devrait se poursuivre tout au long du processus de soins lorsque des événements indésirables surviennent pour pouvoir passer ensemble du préjudice à la guérison. Ma mère est morte à la suite d'une série d'événements indésirables qui ont mené à l'événement ultime qui lui a enlevé la vie.

[0:01:00] Elle a été hospitalisée à deux occasions et, lors des deux séjours, certaines choses ne s'étaient pas bien passées. Lors de son dernier séjour, elle avait dû être mise sous dialyse. Elle a reçu du dialysat, accidentellement composé de chlorure de potassium plutôt que de chlorure de sodium. Et cela a provoqué son décès.

Steve Long : [0:01:30] L'incident avec la mère de Deb est survenu un vendredi après-midi. C'était un vendredi comme les autres, sauf que le pharmacien qui travaillait à l'unité des soins intensifs est descendu et a dit : « Il y a eu une confusion avec la solution de dialysat. Ils l'ont emmené au laboratoire de gazométrie sanguine et ont déterminé qu'elle contenait du chlorure de potassium et il ne devrait pas y en avoir. » Nous sommes retournés à nos dossiers de fabrication, nous avons vérifié le numéro de lot sur la bouteille et nous avons découvert qu'en effet, le numéro de lot associé à la préparation de ce lot de dialysat avait été préparé avec du chlorure de potassium. Et j'ai prévenu les médecins de l'unité des soins intensifs.

[0:02:23] Plus tard en soirée, j'ai reçu un deuxième appel du médecin. L'appel provenait du médecin qui travaillait aux soins intensifs. En gros, il a déclaré : « Vous avez tué ma patiente. Qu'allez-vous faire? Comment allez-vous vous assurer que cela ne se reproduise plus jamais? »

[0:02:42] J'étais directeur de pharmacie à Calgary depuis près de 20 ans quand c'est arrivé. Je n'avais jamais été confronté directement à une erreur ou à un incident de cette ampleur. La pharmacie centrale, dont nous avons assuré la conception, était ouverte depuis peu. Nous étions conscients du courant en faveur de la qualité et de la sécurité, et de la manière dont nous pouvions modifier les processus pour réduire le risque d'erreur. Et pourtant, c'est dans ce nouvel établissement conçu pour assurer la sécurité des patients que ce drame est arrivé. Nous avons tué deux patients, la mère de Deb, et finalement, un autre patient aussi.

Deborah Prowse : [0:03:21] Les patients et les membres de leur famille doivent avoir confiance que les soins prodigués seront de grande qualité et sécuritaires. Et quand les choses vont mal, par le passé, la transparence et l'ouverture n'ont pas toujours été au rendez-vous. Et c'est un affront à une relation de confiance. Il est donc très important que lorsque les choses tournent mal, les faits soient divulgués. La divulgation passe par trois étapes, soit la reconnaissance que quelque chose est arrivé, les excuses, et ensuite les mesures prises pour s'assurer que cela ne se reproduise plus. La plupart des patients, je pense, sont d'avis que les prestataires de soins de santé viennent travailler avec de bonnes intentions, le désir de bien faire et de bien les soigner. Et parfois, ça ne se passe pas bien. Je pense que leur plus grande crainte est que si quelque chose tourne mal, ce soit dissimulé.

Steve Long : [0:04:33] Comme Deb l'a dit, la région a décidé que nous divulguerions aux familles la cause du décès et au public qu'une erreur s'était produite. À la suite de ça, nous nous sommes retrouvés à la une des journaux de Calgary pendant 21 jours, trois semaines. Et cela n'a pris fin que lorsque les trois experts externes ont été appelés en renfort pour faire un examen complet du dossier, un peu comme une enquête après un écrasement d'avion ou un déraillement de train. On en était arrivé là.

[0:05:09] Le premier élément divulgué dans les nouvelles nationales était la fiole de chlorure de sodium avec son bouchon bleu et la fiole de chlorure de potassium avec son étiquette violette et la coupure de presse dans le journal qui disait : « Ces nuls ne le savent pas? Le bleu est bon et le violet est mauvais, et ils ne devraient pas mélanger les deux. » Les bouteilles étaient presque identiques, et au centre de préparation dans lequel nous travaillions, l'étiquetage sur la boîte était peu explicite.

[0:05:34] Nous faisons de notre mieux pour faire face à tout ce qui se passait dans cette période, essayer de comprendre ce qui s'était passé, poursuivre nos activités, parce que 2 500 autres patients dans des lits d'hôpital attendaient nos soins, notre attention et notre expertise pour préparer les produits dont ils avaient besoin pour aller mieux. Et pourtant, nous le faisons dans cet environnement de méfiance, où tout ce que nous préparions, tout ce que nous produisions était remis en question, scruté à la loupe, alors qu'auparavant, rien de tout cela n'arrivait.

[00:06:13] La peur, la déception, l'humiliation, l'échec se sont mis de la partie. Toutes ces pensées traversaient mon esprit dans le tumulte de cette période. Un assistant et trois techniciens participaient à la préparation du produit. Nous pensions que le système exigerait des doubles vérifications empêchant les erreurs de se produire et les produits d'être acheminés. J'ai examiné les procédures ce jour-là et j'ai rédigé un rapport que j'ai soumis à mon supérieur. Ce dernier s'est ensuite présenté, s'est assis avec le personnel et tous les intervenants; il a parcouru le processus, rédigé le rapport, et l'a soumis. Mais le rapport n'a pas été accepté.

[0:06:56] Les employés de la qualité et de la sécurité ont ensuite été invités dans le département pour procéder à un examen du processus et prendre une décision. C'était insuffisant. Un organisme externe a alors été appelé à effectuer un examen. Tout au long de cette période, le personnel est resté en poste dans un premier temps, parce qu'il a été reconnu que l'erreur était une erreur de substitution, ce qui se produit assez fréquemment, mais n'entraîne pas de tels événements catastrophiques. Mais au fil du temps, et au fur et à mesure que l'examen se poursuivait et que la pression escaladait dans la sphère publique, il a été décidé que le personnel serait suspendu sans salaire. Nous les avons donc complètement isolés de l'établissement et les avons laissés en suspens, ne sachant pas s'ils allaient garder ou perdre leur emploi.

Deborah Prowse : [0:07:52] Les événements indésirables affectent profondément les patients et les prestataires. Je crois qu'il est important d'avoir des politiques, des programmes ou des processus qui offrent du soutien aux membres de la famille pour s'assurer qu'ils soient soutenus en cas de deuil, mais qu'on pense aussi aux prestataires pour s'assurer que les deux soient sur la voie de la guérison.

Steve Long : [0:08:19] L'une des choses qui m'ont poussé à agir était le fait qu'on ne nous a jamais donné l'occasion de dire la plus élémentaire des choses, que nous étions désolés, que ce n'était pas notre intention de nuire.

Deborah Prowse : [0:08:33] C'est environ deux ans plus tard que je me suis impliquée dans le Conseil pour la sécurité des patients et des familles de la région sanitaire de Calgary. Et Steve était impliqué dans un conseil de la qualité. Une connaissance commune qui siégeait aux deux conseils a entrepris de nous réunir. Et cette rencontre a eu lieu. À partir du moment même où nous avons été tous les deux dans la même pièce, j'ai eu le sentiment de pouvoir tourner la page. J'ai eu l'impression de boucler la boucle et nous avons pu nous asseoir pour parler de ce qui s'était passé, de l'incidence de cet événement sur nous deux et de ce que nous avons vécu de si semblable.

[0:09:25] Par la suite, quatre politiques de sécurité ont été élaborées : la divulgation qui suit un préjudice, la production d'un rapport, la transmission de l'information au public et la culture de la justice et de la confiance. Cela a marqué un énorme changement dans la sécurité des patients en Alberta. Et en raison du fait que ces événements ont eu un écho

à l'échelle nationale, le discours à cette échelle au sujet de la divulgation est aussi en train de changer.

Steve Long : [0:09:54] Après l'erreur et après la perte de crédibilité. Je veux dire, la seule chose sur laquelle je n'ai jamais pu tourner la page, c'est que nous n'avons jamais eu l'occasion de dire que nous étions désolés. Nous avons causé un mal terrible. Et nous savions que nous l'avions fait et c'est un sentiment horrible. Comme on l'a dit plus tôt, on ne va pas jour après jour au travail dans le but de causer du tort. On y va pour, espérons-le, aider les gens et améliorer les choses.

[0:10:28] Si vous n'avez pas fait d'erreur de médication ou si vous n'avez pas causé de préjudice, ce n'est pas parce que vous êtes un prestataire exceptionnel; c'est que vous avez eu de la chance. Deuxièmement, je suppose que l'un de mes plus grands regrets est que je ne sais pas si j'ai suffisamment consulté mes employés pour voir comment ils allaient et m'assurer qu'ils avaient tout le soutien nécessaire. La troisième chose que je dirais, c'est de prendre soin de vous. Soyez à l'écoute de ce que votre famille, vos collègues et d'autres vous disent, et demandez de l'aide. J'ai attendu beaucoup trop longtemps avant de chercher de l'aide professionnelle.

Deborah Prowse : [0:11:00] Je pense que Maman serait très heureuse de ne pas être décédée en vain, que sa mort ait eu une incidence très importante. Je crois que l'une des choses qui m'ont permis de poursuivre mes activités ces dix dernières années est le nombre de prestataires qui m'ont dit : « Votre histoire est très touchante et m'a convaincu de changer certaines choses. »

ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients
CPSI Canadian Patient Safety Institute
PATIENTS FOR PATIENT SAFETY CANADA
PATIENTS POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU CANADA

FIN