

TRANSCRIPTION

ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients

CPSI Canadian Patient Safety Institute

Mike Villeneuve

**Président-directeur général, Association des infirmières et infirmiers
du Canada**

[0:00:10] Je suis ici aujourd'hui pour partager l'histoire d'une erreur de médication que j'ai faite il y a plus de 30 ans. Et même si plus de trois décennies se sont écoulées depuis cette journée, j'ai l'impression que chaque moment est gravé dans mon esprit de façon parfaitement limpide. Et j'espère qu'en le partageant, je transmets certaines leçons que d'autres prestataires de soins de santé pourront tirer.

[0:00:31] C'était en 1985, j'étais infirmier autorisé et je pratiquais dans une unité de soins intensifs neurochirurgicaux. J'avais décroché mon diplôme environ deux ans auparavant et j'étais passé d'un service à une unité de soins intensifs. Dans ce cadre-là, le rythme est rapide et j'étais relativement nouveau. Je travaillais depuis moins de six mois dans ce contexte et j'étais très impressionné par la rapidité d'esprit, l'intelligence évidente et la compétence du personnel infirmier qui m'entourait, c'était inspirant. Donc, quand je repense à ce qui s'est passé, je peux peut-être l'attribuer à une volonté d'être meilleur, plus rapide que je ne l'étais.

[0:01:20] Le jour où cet incident est arrivé, je suivais deux patients, ce qui était normal dans cette unité. L'un de mes deux patients avait un taux élevé de potassium, on ne devait donc plus lui en administrer. Le deuxième patient avait un faible taux de potassium. Ces deux patients étaient dans des lits côte à côte et je m'en occupais toute la journée.

[0:01:45] Dans une série d'erreurs, j'ai fini par donner le médicament au mauvais patient. Le médecin a appelé au sujet du patient qui avait un faible taux en potassium et a transmis un message, une ordonnance de potassium pour ce patient. Il a remis son ordonnance à l'infirmière responsable au poste infirmier, donc je ne leur ai pas parlé directement. Et elle a rédigé l'ordonnance, ce qui est normal. On appelle ça transcrire. Elle a écrit : « Donnez le médicament X au patient A ».

[0:02:22] En m'appelant au poste infirmier pour me dire que c'était arrivé, elle a tendu la feuille d'ordonnance. Et le personnel infirmier, les médecins et les gens dans les hôpitaux savent qu'il y a généralement un petit identificateur sur le coin de la feuille. Sa main le cachait et elle a pris le papier et a dit : « Voici l'ordonnance », ce qui est la procédure normale, « donnez-la au patient A ». De mon côté, dans ma volonté de paraître compétent et d'agir rapidement – c'est une unité de soins intensifs – j'ai préparé le médicament et j'ai omis de faire une chose vraiment importante, c'est-à-dire de contre-vérifier

l'ordonnance qu'on m'avait montrée. Alors de mémoire, je l'avais vue, et je me suis dit « OK, ça me paraît logique ». Et je savais que le patient avait un faible taux de potassium, donc tout avait du sens.

[0:03:14] Je suis allé à son chevet vérifier l'état du patient, sans m'assurer qu'il s'agissait du bon patient, parce que j'étais pressé. J'ai donc pris le médicament, la préparation au potassium, et j'étais sur le point de le donner au patient. Et ce fut une grande leçon qui me suivra toute ma carrière. Quelque chose n'allait pas et me dérangeait. « Ça ne fonctionne pas. » Ce que je n'ai pas fait, c'est de m'interrompre. Je l'ai administré lentement, mais j'ai continué. Et à peine deux secondes après avoir fini, je me suis dit : « Oh, ce n'est pas le bon patient. C'est le patient qui a un taux élevé en potassium chez qui je viens de provoquer une surdose avec encore plus de potassium. » Et littéralement, j'ai failli m'effondrer. Et je me suis dit : « Ma carrière est terminée. Je vais perdre mon permis de pratique. Il va mourir. » Et à ce jour, je ne sais pas pourquoi je ne me suis pas interrompu alors qu'en fait, ce qui s'était passé était – la chaîne complète des événements avait été suivie correctement, sauf quand elle a dit : « Donnez-le au patient A », elle avait tort, il s'agissait du patient B. Sa main masquait l'identificateur, je ne l'ai pas regardée et je n'ai pas fait de double vérification : « Est-ce qu'on parle du patient A ou du patient B? » J'ai simplement dit : « D'accord, je suis au courant de ce problème de potassium », j'y suis allé et je l'ai administré.

[0:04:40] Pour ajouter à la complexité, il était lui-même médecin. Le patient était un médecin connu des autres médecins.

[0:04:48] Je ne m'en souviens pas, mais je pense que quelqu'un a pris en charge les soins. C'est le seul moment dont je me souviens parce que je crois que j'étais tellement bouleversé qu'ils m'ont installé dans le salon du personnel. Et je pense que j'ai passé tout le quart de soir à attendre et à me questionner parce que je n'arrivais pas à rentrer et à me reposer. Je me suis dit : « Il va mourir ». Et je savais que j'avais administré ce médicament.

[0:05:11] C'est arrivé il y a 32 ou 33 ans. Et c'est encore incrusté dans ma tête, l'éclairage dans cette pièce ce jour-là, les gens autour de moi, la façon dont je me sentais, ce que j'ai appris, vous savez, quand cette petite voix vous dit : « Ralentis », il est préférable de ralentir avant de causer du tort à quelqu'un. Et je dis toujours ça aux étudiants et au personnel infirmier : « Arrêtez-vous une seconde. Ne compliquez pas la situation en voulant faire trop vite. »

[0:05:46] Dans ce cas, il s'agit d'un exemple parfait de ce que nous voyons souvent en médecine et en soins infirmiers, c'est-à-dire que les erreurs se produisent au moment des transferts de soins. Nous le voyons des médecins et des infirmières; dans ce cas, entre le médecin et l'infirmière responsable à Michael. Et toutes les personnes en mesure de le faire, non? En étant pressé. Il n'est pas inhabituel que plusieurs personnes très, très malades soient côte à côte. Et une partie de votre devoir en tant qu'infirmier autorisé dans

une unité de soins intensifs est de garder cet élément à l'esprit. Il se peut que chaque patient ait cinq, six ou dix sortes de médicaments. Ça fait partie du travail.

[0:06:22] Je pense que le fait que les médecins transmettent des instructions à une personne intermédiaire constitue un facteur de complication. Une erreur est donc ensuite vite arrivée, et c'est qui s'est produit pour nous avec le mauvais patient. Tout le reste était correct, sauf qu'il y a eu une confusion dans les termes exprimés. Nous le constatons dans les transferts, même dans les soins à domicile du personnel infirmier autorisé qui fournit des plans de soins et délègue des soins à une infirmière auxiliaire autorisée, qui elle peut déléguer ces soins à une infirmière auxiliaire ou à un préposé aux services de soutien à la personne, et un grand risque d'erreur pour les familles qui fournissent elles aussi beaucoup de soins. Il ne s'agit donc pas seulement d'un enjeu d'unité de soins intensifs ou d'hôpital. Les points de transfert concernant l'ensemble du système de santé – plus il y en a, plus il y a de risques d'erreur.

[0:07:09] Même si j'étais jeune et que j'avais peur, j'ai fait ce qu'il fallait, c'est-à-dire que dès que c'est arrivé, j'ai immédiatement cherché de l'aide et j'ai dit : « Voici ce que j'ai fait ». Et c'est probablement ce qui a aussi sauvé ma carrière et mon permis, je n'ai pas pris ça à la légère. Je n'ai pas essayé de le cacher non plus.

[0:07:25] Je me suis souvenu qu'ils m'avaient demandé d'attendre dans le salon du personnel, qui était rattaché à l'unité de soins intensifs. Et je pense que j'ai passé essentiellement un deuxième quart de travail assis là-bas en panique, inquiet pour lui. Je m'inquiétais pour mon permis et mon travail, bien sûr, parce que je venais de faire beaucoup, beaucoup d'années d'études et j'étais fier de ce que j'avais fait pour en arriver là. Et je pense qu'une énorme aura de peur plane sur les soins infirmiers et s'étend à la médecine aussi, dès l'obtention de son diplôme. Si quelque chose arrive, on risque de perdre son permis et cela engendre une crainte terrible de l'erreur.

[0:08:13] Mais j'ai tout de suite admis ce que j'ai fait, j'ai demandé de l'aide et je suis resté en retrait pendant tout ce quart-là. Et j'ai su, je crois, quatre ou cinq heures plus tard, parce qu'ils lui ont fait subir un traitement pour réduire le potassium, qu'il n'allait pas mourir à ce moment-là. J'étais inquiet, parce qu'il était déjà très malade. Il était inconscient sous ma garde avant l'incident. Il était donc assez malade. Mais au fil du temps, j'ai été très soulagé, d'abord qu'il ne soit pas décédé, parce que je pensais vraiment, quelle chose terrible, avoir fait du mal à quelqu'un.

[0:08:56] J'ai donc eu la chance de parler avec mon, alors appelé infirmière en chef, qui était fantastique. Et je m'attendais, quand elle est arrivée, à avoir des mesures disciplinaires, à être renvoyé chez moi. Et son commentaire a plutôt été : « Qu'est-ce ça t'a permis d'apprendre? L'infirmière en chef était fantastique, son soutien a été formidable et elle m'a dit : Tu sais, cette petite voix qui te dit d'arrêter, c'est comme une lumière jaune à l'intersection. Il ne faut pas accélérer, il faut ralentir. » Et j'ai appris une énorme leçon.

[0:09:24] Même maintenant, dans mes rôles administratifs et d'enseignement, si je sens que quelque chose ne va pas, je dis simplement aux gens : « J'ai besoin d'une journée pour y réfléchir. » J'essaie de ne pas prendre de décisions hâtives et je pense que mes décisions sont meilleures. C'est sûr que ça a eu une incidence sur mes fonctions ultérieures, comme j'en ai parlé. J'ai été formateur dans cette unité-là, je suis devenu infirmier clinicien spécialisé, et j'ai ensuite assumé la gestion de l'unité pendant cinq ans. Et c'est quelque chose dont j'ai parlé avec toutes les jeunes infirmières qui arrivent ou les infirmières novices, pas nécessairement jeunes, mais nouvelles dans la profession.

[0:09:55] Pour moi, la grande leçon est que si vous pensez que quelque chose ne va pas, c'est probablement le cas. Arrête ce que tu fais, même une minute, et réfléchis quelques instants. Et j'en parle. On en parle 30 ans plus tard. J'en parle dans chacun de mes emplois avec les étudiants et ainsi de suite.

**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