

TRANSCRIPTION

ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients

CPSI Canadian Patient Safety Institute

David U.

Président-directeur général, Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada

[0:00:10] Je m'appelle David U et je suis président-directeur général de l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. Notre organisation, ISMP Canada, reçoit en fait beaucoup de déclarations volontaires de praticiens qui ont été impliqués dans une erreur. Je me souviens de l'époque où j'ai fondé l'organisation en 2000; à l'époque, on montrait beaucoup du doigt et la culture du blâme était très, très répandue. Et maintenant, nous encourageons les gens à parler de leurs problèmes.

[0:00:47] Aujourd'hui, j'aimerais vous faire part de quelques histoires qui m'ont vraiment impressionné et intrigué dans le travail que je fais en tant que pharmacienne, prestataire, et aussi en tant que personne impliquée indirectement dans les erreurs de médication qui touchent le personnel infirmier ou le pharmacien. L'un des cas est l'administration accidentelle de chlorure de potassium dans laquelle une infirmière a été impliquée. Et j'ai été très ému par ce qui s'est passé. Et sachant que c'est un problème du système entier qui a entraîné l'erreur, je me sens terriblement désolé et bouleversé pour le prestataire ou l'infirmière.

[0:01:40] C'est en 2003 que le bureau du coroner en chef m'a demandé d'être le témoin expert d'une enquête sur l'administration accidentelle de chlorure de potassium sous forme concentrée.

[0:02:05] J'ai remarqué qu'elle était une infirmière très attentionnée. Elle avait environ 40 ans, et était une infirmière très, très attentionnée. Elle essayait en fait d'utiliser une solution saline normale pour rincer une sonde et a remarqué plus tard qu'il s'agissait de chlorure de potassium sous forme concentrée. En fait, le patient est décédé presque immédiatement. Les ampoules de chlorure de potassium sous forme concentrée et d'eau stérile et de solution saline normale sont presque identiques. Il est vraiment très facile de les confondre. Quand je regarde ces situations-là, les conditions et le terrible constat qu'il s'agit de la perte d'une vie, et en même temps, je me sens juste terriblement mal pour l'infirmière.

[0:03:00] Je vois bien qu'il ne s'agit pas d'un problème de performance de l'infirmière ou d'une erreur de sa part. Donc, je n'ai pas pu retenir mes larmes quand j'ai regardé tous ces documents et me suis dit qu'il fallait vraiment que je fasse quelque chose à ce sujet. Premièrement, tous les hôpitaux du Canada doivent s'assurer qu'aucun chlorure de

potassium concentré ne peut être évalué par le personnel à l'extérieur du département de pharmacie. La deuxième recommandation que nous avons formulée, qui est déjà entièrement mise en œuvre, est que Santé Canada collabore avec l'industrie et le fabricant, pour s'assurer que le concentré de chlorure de potassium soit repensé de manière à le distinguer nettement des autres produits.

[0:03:54] J'ai eu affaire à une autre situation, en fait deux ans plus tard, et là encore, l'issue a été fatale. Il s'agissait d'une erreur de calcul de la vitesse de perfusion qui a entraîné la perfusion d'un médicament de chimiothérapie beaucoup plus rapidement que prévu. L'infirmière a réglé la pompe, censée être perfusée sur une durée de quatre jours. Elle a eu à gérer beaucoup de choses, et elle a réglé la pompe à quatre heures.

[0:04:26] Le prestataire n'a pas beaucoup consulté la famille, ce qui est une bonne chose, parce que de l'avis de tous, ils sont la seconde victime. Je pense que dans les deux cas, les infirmières ont quitté la profession.

[0:04:48] Nous travaillons également à améliorer l'administration complète de la vincristine [ph], un autre médicament de chimiothérapie qui a été administré plusieurs fois, non seulement au Canada, mais partout dans le monde, par voie intrathécale [ph] plutôt que par voie intraveineuse. Les oncologues ou les anesthésistes ont effectué l'injection sur la mauvaise voie. La meilleure solution est plus comme une fonction de forçage que les connecteurs ou la connexion à l'intraveineuse et à l'espace sous-arachnoïdien doivent être très différents. C'est comme une clé et une serrure. Vous savez, si les connexions sont différentes, qu'elles sont uniques et non modifiables, vous ne pouvez pas les intégrer.

[0:05:35] L'ISMP Canada a été perçu au niveau national et même international comme un organisme qui fait un travail de qualité et qui contribue à changer les choses. Dans le but de leur permettre de raconter leur histoire, l'une de nos forces est de communiquer avec les prestataires, le personnel lui-même, le personnel infirmier, les pharmaciens ou même les médecins qui nous ont contactés soit par téléphone, soit par courriel, soit dans un programme que nous avons créé pour les rapports individuels des praticiens. Nous gardons ces informations confidentielles et les encourageons à s'adresser à l'ISMP Canada ou à moi-même. Ces informations vont ensuite nous servir à tenter d'apporter des corrections au système, leur objectif étant notamment qu'aucun incident de ce type ne se reproduise. Et je pense que ce genre de soutien, d'appel personnel et de leur assurer que nous pouvons faire quelque chose à ce sujet, aiderait grandement parce que rien ne serait perdu du point de vue des prestataires. Et c'est ce qu'ils veulent. Ils veulent voir des changements et avoir du soutien. Si j'ai un message à transmettre aux prestataires, s'ils rencontrent ou font face à un incident ou à un événement dont l'issue n'est pas positive, dites-vous que vous avez fait de votre mieux et essayez de le signaler. Collectivement, nous pouvons nous assurer que les choses changent. Et ne vous laissez pas submerger par la peur.

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