

TRANSCRIPTION :
Vidéo Patients pour la sécurité des patients du Canada
0:10:56

- [00:00:04] *Logo* : Patients pour la sécurité des patients du Canada
- [00:00:09] **Narration** : Il y a des événements qui ont une incidence sur la sécurité des patients.
- [00:00:20] Cette ordonnance mal rédigée signifie-t-elle ceci ou cela?
- [00:00:24] Hippocrate a dit : « D’abord, ne pas nuire ».
- [00:00:29] Les ordonnances mal rédigées et illisibles constituent l’une des principales causes d’erreur.
- [00:00:32] Les données et les dossiers d’admission incomplets, tout comme les données et les fichiers manquants sur les patients en sont deux autres.
- [00:00:41] Dans leur rapport, les médecins Baker et Norton soulignent qu’il ne suffit pas de connaître l’existence des événements indésirables.
- [00:00:54] Une mauvaise communication est une autre cause importante d’erreur.
- [00:00:54] **Narration** : Docteur, j’ai mal au cou.
- [00:00:58] Vous dites que vous avez mal aux côtes?
- [00:00:58] **Narration** : Les événements indésirables peuvent parfois être tragiques et mortels.
- [00:01:06] Toutefois, grâce à Patients pour la sécurité des patients du Canada, il est possible d’entrevoir l’avenir avec espoir et optimisme.
- [00:01:16] **Histoire 1** : Je m’appelle Barb Farlow et j’ai commencé à me préoccuper de la sécurité des patients après le décès de ma fille, Annie, alors qu’elle n’avait pas encore trois mois.
- [00:01:25] Elle est morte dans des conditions horribles en raison de l’absence de soins axés sur le patient.
- [00:01:32] Ma fille est née avec une maladie génétique rare associée à des handicaps.
- [00:01:36] Avant sa naissance, nous avons fait beaucoup de recherche sur cette maladie et sur ses limitations possibles.
- [00:01:41] Malgré les défis, nous étions prêts à profiter de chaque instant avec une enfant dont les petites réalisations seraient des victoires majeures, une enfant qui ferait fondre notre cœur avec chaque sourire.
- [00:01:52] Malheureusement, Annie est décédée dans les 24 heures suivant son arrivée à l’hôpital.
- [00:01:57] Le coroner a déclaré que les soins médicaux fournis étaient inappropriés, et l’hôpital nous a présenté des excuses écrites.
- [00:02:04] Nous avons rapidement compris que le système de santé avait posé un jugement de valeur sur la vie de notre fille et, par conséquent, sur les soins à lui prodiguer.
- [00:02:12] Grâce aux conseils et aux encouragements de nombreux patients et responsables de soins de santé formidables, je raconte l’histoire de ma fille dans les facultés de médecine et lors de rencontres sur les soins ou d’ateliers.
- [00:02:24] Je souhaite exprimer ma profonde gratitude au personnel infirmier, aux médecins, aux techniciens, aux éthiciens et aux administrateurs qui reconnaissent l’importance des soins axés sur le patient et qui se sont engagés à collaborer avec les patients pour améliorer les soins de santé.
- [00:02:40] **Histoire 2** : En janvier 2003, notre fils Dan était un jeune homme de 17 ans, actif et brillant.
- [00:02:47] Il semblait simplement avoir une très grosse grippe.

[00:02:49] Après une deuxième visite aux urgences en l'espace de quelques jours, Dan a été admis à l'hôpital.

[00:02:55] Quelques heures plus tard, il a rendu l'âme, et nous avons appris la cause du décès : myocardite.

[00:03:00] Dan était parti.

[00:03:02] Pendant quatre ans, nous avons cherché sans relâche à comprendre ce qui s'était passé.

[00:03:04] Le bureau du coroner en chef de l'Ontario et les collègues professionnels ont examiné les soins reçus par Dan et les ont déclarés inadéquats, levant du même coup le voile sur des lacunes dans les pratiques.

[00:03:16] En effet, les analyses sanguines anormales de Dan avaient été ignorées ou mal interprétées.

[00:03:22] Le personnel médical n'avait pas tenu compte des questions et des mises en garde à l'intention du personnel infirmier.

[00:03:24] Les règles de l'hôpital concernant la réanimation liquidienne, l'admission et l'administration de sédatifs avaient été bafouées.

[00:03:33] Les professionnels de la santé avaient omis de communiquer des renseignements importants.

[00:03:38] Enfin, en février 2007, nous avons eu une discussion franche avec les administrateurs de l'hôpital.

[00:03:43] Le président-directeur général de l'hôpital s'est excusé et a décrit les changements apportés pour éviter une tragédie similaire. Ce n'est qu'à ce moment que nous avons amorcé notre processus de guérison.

[00:03:52] Il est possible d'assurer la sécurité des patients.

[00:03:55] Mais pour y parvenir, il faut des soins axés sur la famille, du leadership, un travail d'équipe respectueux et une volonté d'apprendre et de changer.

[00:04:04] **Histoire 3** : Martha était ma grande sœur.

[00:04:06] Elle était toujours là pour moi, pour me guider et me soutenir.

[00:04:09] Là où elle allait, je suivais.

[00:04:14] En plus de m'apprendre à apprécier la vie, elle m'a toujours protégée du danger.

[00:04:15] C'est pourquoi elle me manque tant.

[00:04:18] Après le secondaire, ma sœur a entrepris des études en soins infirmiers.

[00:04:20] Plus que tout, elle voulait aider les gens dans le besoin.

[00:04:23] Malheureusement, elle n'a jamais obtenu son diplôme. Martha a pris un médicament sur ordonnance qui a causé une réaction imprévue.

[00:04:30] Un soir, elle s'est couchée et, quelques heures avant son réveil, son cœur s'est arrêté.

[00:04:32] Ma sœur avait 22 ans lorsqu'elle est décédée.

[00:04:35] Personne n'a jamais eu l'intention de faire de mal à qui que ce soit, mais ma sœur est tout de même morte prématurément.

[00:04:44] En soi, son décès était une horrible tragédie personnelle, mais ce qui était encore pire, c'était de ne pas en comprendre la cause.

[00:04:51] Chaque fois qu'un patient subit un préjudice en raison d'un traitement médical, il faut l'en informer.

[00:04:55] Chaque fois qu'un patient subit un préjudice, il faut signaler la réaction.

[00:05:00] Rien ne me ramènera Martha, mais tenter d'occulter la cause de son décès n'est pas la solution.

[00:05:03] Ma sœur Martha m'a appris qu'avant tout il faut prendre soin des autres et les protéger.

[00:05:10] Et c'est exactement ce que j'essaie de faire.

[00:05:15] **Histoire 4** : Le témoignage de Donna Davis.

[00:05:18] En 2002, nous avons perdu Vance, notre fils de 19 ans.

[00:05:21] Son décès évitable est survenu alors qu'il était traité pour des blessures à la suite d'un accident de la route.

[00:05:26] Je voyais que son état se détériorait.

[00:05:29] Ses signes vitaux m'inquiétaient vraiment.

[00:05:33] J'ai mentionné mes préoccupations et mes craintes au personnel à maintes reprises.

[00:05:34] On ne m'a pas écoutée.

[00:05:40] Impuissante, j'ai regardé mon fils mourir.

[00:05:43] Je suis une professionnelle de la santé, et ce n'était pas censé m'arriver.

[00:05:47] Il est très facile pour les prestataires de soins de santé de consulter le patient et sa famille.

[00:05:51] Ils doivent les écouter attentivement, car c'est parfois une question de vie ou de mort.

[00:06:00] Dans le cas de Vance, si l'on m'avait écoutée, la situation aurait été différente.

[00:06:02] En cas de préjudice, il ne faut pas exclure le patient et sa famille.

[00:06:07] Il faut engager un dialogue ouvert et honnête et éviter le jargon médical.

[00:06:09] Il faut nommer le préjudice et en accepter la responsabilité. Ainsi, on donne le ton à la relation entre l'organisme, le patient et sa famille.

[00:06:20] Il faut connaître les mots à utiliser pour présenter des excuses.

[00:06:22] « Nous sommes navrés pour votre perte » n'équivaut pas à « Nous avons commis des erreurs qui ont contribué au décès de votre fils et nous en sommes désolés ».

[00:06:37] Nous sommes maintenant persuadés que la culture de la sécurité des patients évolue.

[00:06:38] Nous le savons parce que nous constatons une plus grande écoute à l'égard du patient.

[00:06:45] Nous avons fait entendre notre voix.

[00:06:49] Après notre témoignage, les gens de la région sanitaire où Vance est décédé se sont engagés à apporter des améliorations.

[00:06:53] Trois personnes dévouées qui connaissaient l'histoire de Vance ont mis au point un système de suivi des patients avec un protocole de sécurité intégrée nommé le Vance's Stop Sign.

[00:07:03] Grâce à ce protocole, le problème à l'origine du panneau d'arrêt doit être réglé avant que le patient obtienne son congé ou son transfert.

[00:07:09] Ce protocole unique en son genre au Canada est la preuve tangible que la voix du patient influe sur les changements systémiques visant à rendre les soins plus sécuritaires.

[00:07:19] Voilà l'héritage de notre fils.

[00:07:25] **Narration** : En mai 2006, le programme de sécurité des patients de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la Santé a tenu à San Francisco un atelier à l'intention des patients et des professionnels préoccupés.

[00:07:42] Dans le cadre de cette Alliance, plusieurs Canadiens et Canadiennes ont rencontré d'autres personnes de l'Amérique du Nord, de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud et sont devenus des défenseurs de la sécurité des patients.

[00:07:57] Cet atelier cherchait à guider les participants vers la vision et la mission du programme de sécurité des patients de l'Alliance et à élargir le réseau de champions des

consommateurs des Amériques qui mettent activement à contribution leur expérience et leur savoir.

[00:08:13] Les objectifs étaient multiples : examiner et structurer les valeurs que les consommateurs insufflent au travail sur la sécurité des patients; déterminer les rôles du groupe de champions; élaborer des stratégies de création de partenariats, de milieux et de paramètres régionaux pour les Amériques; créer un ou plusieurs produits favorisant l'élan, y compris un énoncé de valeurs pour orienter le travail des champions; et prioriser les domaines d'engagement et les volets de travail où les consommateurs d'Amérique du Nord et d'Amérique du Sud peuvent réellement contribuer à la sécurité des patients.

[00:08:51] Un autre atelier a eu lieu à Vancouver, en Colombie-Britannique.

[00:08:54] Cet atelier qui réunissait des personnes soucieuses de la sécurité des soins de santé au Canada avait pour objectif d'explorer le rôle que peuvent jouer les consommateurs de soins de santé – les patients – dans la réalisation de changements grâce à la collaboration et à des partenariats.

[00:09:11] En novembre 2007, à Winnipeg, au Manitoba, nous avons organisé un troisième atelier pour former d'autres défenseurs et élargir le réseau.

[00:09:20] Nous avons alors créé une charte pour gouverner, guider et bâtir un réseau de personnes ayant des objectifs communs.

[00:09:28] Nous avons développé la vision « La sécurité pour tous les patients ».

[00:09:35] Nous avons défini la mission d'être le porte-parole du patient pour faire progresser les soins de santé sécuritaires.

[00:09:41] Ensemble, nous pouvons faire la différence.

[00:09:49] À Edmonton, en 2008, Patients pour la sécurité des patients du Canada forme son premier conseil d'administration.

[00:09:55] Liam Donaldson, président de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, déclare alors que l'erreur est humaine, mais qu'il est impardonnable de fermer les yeux et de ne pas tirer des leçons du passé.

[00:10:11] Patients pour la sécurité des patients du Canada souhaite vous accueillir dans ses rangs.

[00:10:14] Nous acceptons maintenant les demandes d'adhésion de patients et de professionnels.

[00:10:20] Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.patientsforpatientsafety.ca.

[00:10:32] Enfin, Confucius a dit : « J'entends et j'oublie. Je vois et je me souviens. Je fais et je comprends. »

[00:10:51] N'oubliez pas que nous sommes tous des patients, tout comme nos proches. *Logo* : PFPSC.

FIN DE LA TRANSCRIPTION