

# TRANSCRIPTION

**ICSP Institut canadien pour la sécurité des patients**

**CPSI Canadian Patient Safety Institute**

**D<sup>r</sup> Doug Cochrane**

**Président, BC Patient Safety and Quality Council**

**[0:00:10]** Je m'appelle Doug Cochrane et je suis actuellement président du BC Patient Safety and Quality Council en Colombie-Britannique. J'ai occupé le poste de responsable provincial de la sécurité des patients et de la qualité des soins. De plus, je suis neurochirurgien pédiatrique à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique. Et je dois dire qu'au cours de ma vie, cette combinaison d'activités a été très importante pour moi. On éprouve un sentiment d'équilibre et de convergence des efforts dans le traitement direct des patients et dans notre tentative d'améliorer le système.

**[0:00:51]** Il y a plusieurs années, alors que j'étais un jeune neurochirurgien à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, un événement tragique a eu lieu, lié à l'administration d'un médicament dans le liquide céphalo-rachidien, dans lequel baignent le cerveau et la moelle épinière. Il a été administré pour tenter de traiter le cancer du patient, mais le mauvais médicament a été administré au mauvais endroit. Par conséquent, malgré les efforts déployés par beaucoup d'entre nous pour essayer d'éliminer le médicament et de le diluer, il a eu un effet grave sur le fonctionnement du système nerveux. Et l'enfant en est mort. Ce fut bouleversant de constater le décès d'un patient à la suite de traitements qui, malgré les meilleures intentions, ont causé sa perte. Et en tant qu'organisation, l'Hôpital pour enfants a largement délibéré sur la question. Nous avons une PDG courageuse, Linda Cranston, qui à cette époque s'est prononcée de façon très publique et a décrit ce qui était arrivé à cet enfant. Et je crois que c'était la première fois qu'en tant qu'organisation, nous assumions la responsabilité des conséquences de nos actes à la suite de cette tragédie.

**[0:02:15]** En tant qu'organisation, nous n'avions aucune idée qu'un tel préjudice était possible. Nous pensions que nos systèmes étaient infaillibles. Nous pensions que nous avions des systèmes résilients et rigoureux, et un personnel en qui nous avions et avons encore une confiance absolue. Et pourtant, le système a laissé tomber le patient. Le système a laissé tomber l'organisation. Le système a laissé tomber les personnes qui traitaient ce patient.

**[0:02:45]** Le stagiaire enthousiaste que j'étais avait, en toute honnêteté, l'arrogance de penser que peu importe ce que nous faisons, c'était la bonne chose à faire. Et chaque fois que l'état de nos patients ne s'améliorait pas, le problème se situait en général du côté du patient. J'ai soudainement réalisé qu'en fait, ce que nous faisons importait de façon très concrète, notamment la manière dont nous organisons nos interventions et

l'attention portée à ce que nous faisons. En tant que personne, cet événement a eu une incidence profonde sur le déroulement de ma carrière et sur l'intérêt que je porte depuis à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité des soins.

**[0:03:35]** L'idée que les erreurs ne peuvent pas se produire dans notre système de santé n'est pas très loin de la vérité quand on regarde de près le nombre d'interventions réussies, le nombre d'interventions en soins communautaires ou en soins de longue durée pour assurer la sécurité des gens, des personnes qui réchappent d'une maladie qui leur aurait enlevé la vie il y a 10 et 15 ans, ici à l'Hôpital Royal Alexandra et à l'hôpital universitaire. Ce que les gens, les équipes et les organismes sont en mesure de faire est vraiment incroyable. Mais nous serions aveugles d'ignorer le fait que nous sommes humains et que des erreurs surviennent. Et elles se produisent parce que nous sommes humains et en raison de notre façon de penser, de notre façon d'agir et de notre façon d'être. Et je ne pense pas qu'il soit possible de rendre les systèmes infaillibles. Je souhaite simplement que l'on puisse faire en sorte que ces systèmes puissent détecter une erreur avant qu'elle ne cause des préjudices.

**[0:04:41]** Les erreurs qui se sont produites, particulièrement lorsqu'on les commet soi-même, sont profondément marquantes. Ça vous réveille au milieu de la nuit. Vous vous questionnez sur vos capacités et vos compétences. « Est-ce que j'en suis capable? Est-ce que je peux revenir et recommencer demain? » Et je suppose que les gens doivent passer par un cheminement pour intégrer ce qui est vraiment un processus de deuil. Ce n'est pas tant une perte dans la relation avec le patient, mais c'est une perte de confiance en soi et une incompréhension. Je crois que l'une des choses que j'ai apprises, c'est que notre organisation se doit d'être sensible à cette situation. Parce que je ne suis pas celui qui demandera de l'aide. On pourrait me pousser à trouver de l'aide, ma femme, probablement, mais ça ne viendrait jamais de moi.

**[00:05:50]** Mais ce qui changerait les choses, c'est qu'un collègue vienne vers moi et me dise : « Parle-moi de ce qui s'est passé et dis-moi comment je peux t'aider. » Est-ce important de tourner la page, de reconnaître ce qui s'est passé? Oui, absolument.

**[0:06:08]** Ce n'était pas le premier événement de ma carrière qui m'a donné l'occasion de reconnaître mes propres faiblesses ou mes propres limites et de constater que le système n'était pas au point. Je peux penser à plusieurs situations où le fait de pouvoir le reconnaître avec la famille ou avec le patient m'a apporté un énorme réconfort. Et je ne crois pas que cette démarche ait rendu les choses plus faciles pour la famille. Et encore moins pour le patient. Cela ne m'a pas facilité la tâche, mais la situation a changé et nous a permis de comprendre nos rôles respectifs. Dans ce cas, je pense à un exemple précis où nous aurions pu mieux faire. Et quand je dis « nous », je veux dire « moi ».

**[0:07:17]** Je voulais raconter cette histoire parce que c'est une histoire vraiment marquante, à plusieurs égards. De toute évidence, l'aspect le plus important concerne la vie de la famille et la vie que cet enfant a perdu. Mais il y a plus. L'Hôpital pour enfants

n'est plus la même organisation depuis cet événement. Depuis cet événement, l'Hôpital pour enfants prend en charge ses patients de manière plus sécuritaire. L'organisation est différente et l'hôpital accompagne son personnel différemment et de manière plus sécuritaire.

[00:07:52] Et nous avons adopté l'approche selon laquelle nous sommes tenus de faire part de nos expériences et de nos résultats à d'autres personnes et organisations, de crainte qu'elles ne présument qu'elles ne seront jamais confrontées à un tel événement ou à une telle erreur. Et je pense qu'il s'agit en fait de la plus belle occasion qui soit ressortie de cette véritable tragédie.

[0:08:19] Je veux pouvoir me dire que les gens qui entrent dans notre système de santé et qui en feront partie seront mieux préparés et auront une meilleure compréhension des avantages et des réussites des soins de santé, ainsi que de leurs limites. Et ses limites, c'est ce que nous appelons les enjeux de sécurité des patients. Les limites sont les problèmes que nous appelons des enjeux de qualité. Et j'en sais quelque chose.

[0:08:52] En fait, je suis impressionné par les stagiaires que je rencontre chaque jour. Je les trouve inspirants, parce qu'ils sont mieux préparés et possèdent une bien meilleure connaissance pratique de nombreux aspects liés aux soins sécuritaires. Ils sont plus lucides, ils comprennent mieux leurs propres réactions, mais ils comprennent aussi mieux les patients et comment les traiter, eux et leurs familles, de manière respectueuse.

[0:09:21] Je pense que nous sommes en bonne posture, mais je voudrais qu'ils gardent tous à l'esprit que nous avons une obligation. Nous avons la chance au Canada d'avoir un système qui nous contraint à une obligation, non seulement en tant que contribuables, mais aussi en tant que prestataires. Et cette obligation est de contribuer à rendre le système meilleur et à le rendre plus sécuritaire pour tous.

**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