

Le Département d'obstétrique de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal défie le statu quo

Emily Hamilton

avec la collaboration spéciale de Robert Sabbah

Un drame dans une salle de travail d'un hôpital universitaire réputé des États-Unis a abouti à l'accouchement d'un bébé mort-né et à l'hystérectomie de la mère qui a failli en mourir. Par la suite, l'établissement a mené une enquête approfondie sur les soins obstétriques qui y étaient prodigués¹. L'une des nombreuses conclusions qui en est ressortie, et qui a fait la manchette des journaux du pays, était stupéfiante, car elle révélait que l'unité fonctionnait souvent à la limite de la sécurité.

NOUS SAVONS TOUS que cet hôpital n'est pas un cas d'espèce². En effet, une récente étude canadienne a révélé que les erreurs médicales se produisent dans tous les services et dans tous les types d'hôpitaux³.

Il existe de nombreux exemples d'innovations technologiques qui signalent le danger dans des délais raisonnables, ce qui permet de réduire le nombre d'erreurs humaines et qui donnent aux intervenants le temps de réagir. Pensons aux simples indicateurs sur les tableaux de bord des automobiles ou alors à des objets plus raffinés, comme les véhicules spatiaux intelligents ou les systèmes d'analyse de marchés boursiers. Ces objets se sont taillé une place de choix dans leurs secteurs respectifs si l'on en juge par les divers modèles offerts et les contextes dans lesquels ils sont employés.

En revanche, les méthodes traditionnelles d'évaluation du travail et de la vitalité du fœtus sont simplistes et périmées. Les erreurs en obstétrique découlent le plus souvent du fait que les conditions anormales sont passées inaperçues pendant le travail ou qu'elles ont été constatées trop tard⁴. Est-ce

étonnant ? Quelles sont au juste les limites du travail qui assurent la sécurité de la patiente ? De toute évidence, ces limites ne devraient pas être établies selon une courbe de travail ou des taux de dilatation remontant à 50 ans, à une époque où le taux de césariennes était de 1,8 %. Si les lésions cérébrales survenant à la naissance sont principalement attribuables à la non-reconnaissance d'un modèle anormal de fréquence cardiaque fœtale, comment se fait-il que les conditions anormales ne soient pas définies avec précision et que les moniteurs ne soient pas dotés d'alarmes qui signalent tout dépassement des limites ? Si la pression négative des ventouses obstétricales ne doit pas franchir un certain seuil, pourquoi les instruments permettent-ils de le faire ? Si l'hyperstimulation à l'aide d'oxytocine est dangereuse, pourquoi les moniteurs fœtaux n'affichent-ils pas le taux des contractions ?

Ces points sont particulièrement importants lorsque l'on considère le milieu de travail des obstétriciens. Ces médecins n'évaluent pas seulement la situation en cours, mais doivent aussi prévoir toute complication possible pour être en mesure d'intervenir avant que la situation devienne trop grave ou sans issue.

Note de la rédaction : Nous tenons à préciser que cet article a pour but de fournir de l'information sur de nouvelles techniques médicales en obstétrique et non de faire la promotion d'une marque particulière de système.

La D^{re} Emily Hamilton, FRCSC, est fondatrice et vice-présidente de Systèmes Médicaux et présidente du conseil consultatif scientifique de l'entreprise. Le D^r Robert Sabbah, FRCSC, est chef du Département d'obstétrique-gynécologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur, à Montréal.

Les meilleurs pilotes se distinguent par leur aptitude à percevoir exactement le danger et à le pressentir⁵. Une telle conscience de la situation consiste à avoir une idée nette de sa position par rapport à un ensemble de conditions allant des plus normales aux sérieusement anormales. Et cette conscience ainsi que les limites de sécurité connexes constituent un préalable à une saine gestion et à une communication efficace. Toutes les conditions qui empêchent le médecin d'avoir une perception exacte de la situation sont courantes en obstétrique, notamment la fatigue, la surcharge de travail, le stress et le manque d'information. Quatre autres obstacles empêchent la reconnaissance d'un danger imminent. Premièrement, les issues malheureuses étant rares, les obstétriciens peuvent être portés à les considérer comme improbables et à être, par conséquent, moins vigilants. Deuxièmement, les obstétriciens peuvent être lents à intervenir dans le processus « naturel » d'accouchement, un comportement qui s'explique par la perception répandue en Amérique du Nord que la pratique de l'obstétrique est envahissante. Troisièmement, les obstétriciens s'investissent dans le plan de gestion qu'ils ont choisi, particulièrement après plusieurs heures de travail, et peuvent être réticents à le modifier, malgré des preuves contradictoires. Quatrièmement, lorsqu'un scénario malheureux s'amorce, il peut passer inaperçu en raison du peu de clarté des signaux ou d'un certain optimisme qui porte le médecin à croire que tout rentrera dans l'ordre rapidement avec l'accouchement spontané (probablement à la lumière d'expériences antérieures semblables qui ont connu un dénouement heureux parce que la chance était au rendez-vous).

Ouvert sur l'avenir, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a, pour sa part, décidé d'emprunter de nouvelles voies pour créer un milieu plus sécuritaire pour les soins obstétriques. Il a opté pour la technologie des Systèmes médicaux LMS, qui mesure l'évolution du travail de façon systématique et signale tout écart lorsque le profil de l'accouchement dépasse la marge de sécurité établie. Le système effectue aussi la tenue des dossiers médicaux, intégrant l'affichage des données du moniteur foetal et l'accès au Web. Cet ensemble fournit des paramètres objectifs et mathématiquement prouvés pour guider les cliniciens dans leurs décisions dans des domaines

où l'erreur ne pardonne pas. Le Québec est la seule province canadienne à relier l'ensemble de ses hôpitaux par un réseau Internet spécialisé sécurisé. L'infrastructure permettra un jour d'assurer un lien permanent pour que les spécialistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur puissent prodiguer des conseils à leurs confrères en région, par exemple à Gaspé ou dans le nord de Montréal.

LE D^R ROBERT SABBAAH, obstétricien et gynécologue en chef, déclare : « Nous devons admettre que les méthodes que nous utilisons actuellement en obstétrique et, en fait, dans tout le milieu clinique de l'obstétrique, prêtent à la subjectivité dans l'interprétation des données de surveillance foetale et de l'évolution du travail, ce qui peut entraîner des erreurs humaines. Nous avons un projet qui nous aidera à reconnaître plus facilement les problèmes sérieux mettant en danger le fœtus pendant le travail et à réduire les cas graves de dystocie des épaules. Nous sommes bien conscients de l'ampleur du défi et avons bon espoir que notre projet pourra faire une véritable différence. » 

Date de réception : 22 septembre 2005

Date d'acceptation : 4 novembre 2005

Bibliographie

1. Sachs BP. A 38-year-old woman with fetal loss and hysterectomy. *JAMA* 2005; 294 (7) : 833-40.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, rédacteurs. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC : National Academy Press; 2000.
3. Baker GR, Norton PG, Flintoft V et coll. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170 (11) : 1678-86.
4. Draper ES, Kurinczuk JJ, Lamming CR et coll. A confidential enquiry into cases of neonatal encephalopathy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2002; 87 (3) : F176-80.
5. O'Hare D. Cognitive ability determinants of elite pilot performance. *Hum Factors* 1997; 39 (4) : 540-52.

