

Les services d'obstétrique au Canada – Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité

Rapport élaboré conjointement par :
Agrément Canada
Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
L'Association canadienne de protection médicale
Corporation Salus Global



Les services d'obstétrique au Canada – Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité

Agrément Canada, l'Healthcare Insurance Reciprocal of Canada, l'Association canadienne de protection médicale et la Corporation Salus Global détiennent tout droit de propriété intellectuelle sur l'information contenue dans le présent document, sauf avis contraire.

© 2016 Agrément Canada, l'Healthcare Insurance Reciprocal of Canada, l'Association canadienne de protection médicale et la Corporation Salus Global.

Comment citer ce document :

Agrément Canada, l'Healthcare Insurance Reciprocal of Canada, l'Association canadienne de protection médicale et la Corporation Salus Global. (2016). Les services d'obstétrique au Canada – Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité. Ottawa, ON: Agrément Canada.

Ce document est aussi disponible en anglais sous le titre :
Obstetrics Services in Canada: Advancing Quality and Strengthening Safety.

À propos des organismes participants



Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme indépendant, sans but lucratif, qui procède à l'agrément d'organismes de santé et de services sociaux au Canada et dans le monde entier. Son programme d'agrément complet utilise des normes fondées sur des données probantes et un processus rigoureux d'examen par des pairs pour favoriser l'amélioration continue de la qualité. Agréé par la Société internationale pour la qualité des soins de santé (ISQua), Agrément Canada aide les organismes à améliorer la qualité des services de santé et la sécurité des usagers depuis plus de 55 ans.



HIROC

L'Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) est une bourse d'assurance réciproque (mutuelle) sans but lucratif qui est détenue et administrée par plus de 700 organismes de soins de santé canadiens. Elle a été fondée dans les années 1980 pour répondre aux besoins des organismes de soins de santé qui ne parvenaient pas à trouver d'assurance à un prix raisonnable sur le marché. Le modèle mutualiste (coopératif) sur lequel elle est basée permet de regrouper les données de nombreux organismes aux caractéristiques similaires et offre aux membres la possibilité d'échanger les leçons qu'ils ont apprises et d'exercer une pression collective les uns sur les autres en vue de favoriser la mise en place de programmes de gestion du risque efficaces destinés à réduire les blessures.



ACPM

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) est une association sans but lucratif qui fournit une protection médico-légale à quelque 95 000 médecins canadiens. Les équipes collaboratives de cette association recueillent et analysent des renseignements médico-légaux afin de dégager des tendances en matière de risque. Ces renseignements viennent enrichir le vaste corpus de connaissances à partir duquel l'ACPM élabore des programmes de perfectionnement professionnel destinés aux médecins, des outils éducatifs et des énoncés de principe.



La Corporation Salus Global

La Corporation Salus Global aide les organismes de soins de santé à obtenir de meilleurs résultats cliniques, financiers et opérationnels et est considérée, depuis plus de 14 ans, comme le chef de file mondial en la matière. En sa qualité de firme spécialisée en services-conseils et en implantation, elle aide plus précisément ces organismes à améliorer leur rendement et les résultats en matière de qualité en renforçant la collaboration interprofessionnelle.

Remerciements

Les organismes participants tiennent à remercier sincèrement les auteurs du rapport.

Chef de projet : Jonathan Mitchell, gestionnaire, Politiques et recherche, Agrément Canada

Agrément Canada

- Viktoria Roman, spécialiste de la recherche en services de santé, Politiques et recherche
- Jonathan Mitchell, gestionnaire, Politiques et recherche

HIROC

- Joanna Noble, superviseure, Transfert de connaissances
- Polly Stevens, vice-présidente, Gestion des risques associés aux soins de santé
- Arlene Kraft, gestionnaire, Gestion des risques associés aux soins de santé

ACPM

- D^{re} Charmaine Roye, directrice, Système médical sécuritaire, Stratégie et mobilisation
- D^r Gordon Wallace, directeur administratif, Soins médicaux sécuritaires

La Corporation Salus Global

- D^r James Ruiters, directeur médical et vice-président

Les organismes partenaires tiennent également à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration du présent rapport :

- D^{re} Sharon Caughey, médecin-conseil, Stratégie à l'égard du système et mobilisation, ACPM
- Jason William Demmery, administrateur des bases de données, Corporation Salus Global
- Malcolm Eade, président et directeur général, Corporation Salus Global
- Qendresa Hasanaj, spécialiste de la recherche en services de santé, Politiques et recherche, Agrément Canada
- Anna MacIntyre, analyste-rechercheuse médicale, Analytique des soins médicaux, ACPM
- Hélène Sabourin, directrice principale, Gouvernance, stratégie d'entreprise et qualité, Agrément Canada
- Debi Sanderson, The Desiderata Group Inc., Corporation Salus Global
- Anne Steen, superviseure, Analytique des soins médicaux, ACPM
- Qian Yang, directeur, Analytique des soins médicaux et développement, ACPM

Table des matières

Sommaire	6
Introduction – Les services d'obstétrique au Canada	8
Résultats pancanadiens fournis par Agrément Canada – Évaluation de la prestation des services d'obstétrique	10
L'expérience de l'HIROC – Incidents préjudiciables chez les usagers des unités d'obstétrique d'après les réclamations de nature médico-légale	17
Les leçons tirées de l'expérience de l'ACPM – Problèmes liés à la sécurité des usagers à haut risque	22
Le programme AMPRO ^{OB} de la Corporation Salus Global – Instaurer un changement de culture durable	27
Principaux points à retenir et perspectives d'avenir	32
Références	35
Annexe A – Le programme Qmentum d'Agrément Canada	37
Annexe B – Données sur les fautes médicales et les réclamations liées aux soins obstétricaux et néonataux de l'HIROC	38
Annexe C – Études de cas de l'ACPM	41
Annexe D – La culture	43
Annexe E – Études de cas du programme AMPRO ^{OB}	44

Sommaire

Étant donné que l'on dénombre quelque 380 000 naissances par an au Canada (Statistique Canada, 2015) et que l'accouchement est le principal motif d'hospitalisation au pays (Institut canadien d'information sur la santé, 2014), la qualité et la sécurité des services d'obstétrique qui sont offerts aux familles canadiennes méritent qu'on leur accorde une attention toute particulière.

Les services d'obstétrique au Canada – Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité est un rapport conjoint d'Agrément Canada, de l'Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC), de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et de la Corporation Salus Global qui fait état de la qualité et de la sécurité des services d'obstétrique¹ qui ont été dispensés au Canada entre 2004 et 2015. Les organismes participants sont tous soucieux de la sécurité des soins de santé et désireux d'améliorer le rendement des équipes de soins de santé. Ces quatre organismes pancanadiens ont mis en commun les données détaillées dont ils disposent en vue de rendre compte des points forts, des problèmes et des défis qui caractérisent actuellement la prestation de soins obstétricaux au Canada.

Entre 2012 et 2015, le taux de conformité à l'égard des normes *Services d'obstétrique* était élevé au sein des organismes clients d'Agrément Canada, en particulier dans les domaines suivants :

- évaluation exacte et appropriée de chaque usager en temps opportun;
- utilisation efficace et sécuritaire de l'équipement et des dispositifs obstétricaux et post-partum;
- Efforts déployés pour que les renseignements sur les usagers soient précis, accessibles, à jour et protégés.

Le présent rapport met toutefois en évidence des possibilités d'amélioration en ce qui concerne l'élaboration de politiques et de procédures relatives aux activités suivantes :

- comptage des éponges et des aiguilles avant et après les accouchements vaginaux;
- établissement d'indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité;
- communication des résultats des évaluations des projets d'amélioration de la qualité au personnel, ainsi qu'aux usagers et aux familles;
- communication avec les usagers, les familles ou les organismes vers lesquels les usagers ont été acheminés afin d'évaluer l'efficacité des transferts et d'améliorer la planification des transferts et de la fin des services

Le taux de conformité à l'égard des pratiques organisationnelles requises (POR) était également élevé au sein des organismes qui appliquent les normes *Services d'obstétrique*². Cela dit, il y a matière à amélioration pour ce qui est de l'offre d'une formation au sujet des pompes à perfusion, de la mise en œuvre d'une stratégie de prévention des chutes et de l'établissement d'un bilan comparatif des médicaments aux points de transition.

¹Ces services ne comprennent pas les soins prodigués par les sages-femmes.

²Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des pratiques essentielles fondées sur des données probantes que les organismes clients doivent mettre en place pour réduire les risques et contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé.

Selon les données de l'HIROC sur les réclamations pour faute professionnelle, le nombre de réclamations concernant les soins obstétricaux et néonataux est en hausse. Lorsque les réclamations sont classées en fonction de leur coût, le risque le plus élevé est l'incapacité à interpréter une anomalie de l'état du fœtus ou à prendre les mesures qui s'imposent; venaient ensuite les erreurs d'administration des médicaments destinés au déclenchement et à l'accélération du travail. Dans l'ensemble, le taux de conformité à l'égard des stratégies de réduction des risques obstétricaux et néonataux a été plus élevé dans les centres de niveau III³ que dans les centres de niveau I⁴ et de niveau II⁵. Ce sont les centres de niveau II qui ont le plus amélioré leur taux de conformité à l'égard de ces stratégies. Certains aspects méritent toutefois d'être améliorés, notamment les stratégies visant à vérifier dans quelle mesure les protocoles de surveillance fœtale et les protocoles relatifs à la chaîne de commandement sont respectés, et la mise en place de plans de relève d'urgence de premier et de deuxième recours pour le personnel de garde.

Une analyse de 688 dossiers médico-légaux conclus au cours des dix dernières, qui a été effectuée par l'ACPM, a mis en évidence cinq domaines cliniques à haut risque :

- la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale;
- le déclenchement et l'accélération du travail;
- l'accouchement vaginal assisté;
- le moment choisi pour pratiquer une césarienne;
- la prise en charge des cas de dystocie de l'épaule.

Il convient cependant d'améliorer la prise de décisions cliniques, la communication au sein des équipes de soins obstétricaux, les politiques ou procédures, le processus d'obtention du consentement éclairé et la tenue des dossiers.

Le programme AMPRO^{OB} (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) de la Corporation Salus Global est un programme de réduction des risques et des erreurs en obstétrique qui est mis en œuvre dans plus de 300 hôpitaux et unités d'obstétrique au Canada. Parmi les résultats positifs qui lui ont été associés, citons une amélioration des résultats obtenus par les mères et les nourrissons, une réduction du nombre de réclamations pour faute professionnelle et une diminution du coût de l'assurance responsabilité. En outre, ce programme a entraîné une amélioration de l'utilisation des ressources, de la qualité de vie au travail, de l'application des connaissances fondées sur des données probantes et de l'intégralité des dossiers médicaux.

Les pratiques exemplaires, les études de cas et les comptes rendus qui sont exposés dans le présent rapport démontrent que l'évolution de la prestation des soins de santé et des techniques médicales, les changements démographiques et les mutations de la population active sont autant de facteurs qui influent actuellement sur les services d'obstétrique qui sont dispensés au Canada et qui continueront d'influer sur ces services.

³Par « centres de niveau III », on entend les centres de soins tertiaires qui fournissent sur place des services de périnatalogie et de néonatalogie complets.

⁴Par « centres de niveau I », on entend les hôpitaux communautaires ou ruraux qui assurent la prise en charge des grossesses qui ne sont associées à aucun facteur de risque important et qui, en général, ne nécessitent pas l'intervention d'un spécialiste.

⁵Par « centres de niveau II », on entend les hôpitaux communautaires ou régionaux qui assurent la prise en charge des grossesses à faible risque et des grossesses à haut risque qui nécessitent l'intervention d'un spécialiste.

Introduction – Les services d'obstétrique au Canada

Les professionnels de la santé s'efforcent de fournir aux usagers des services de haute qualité, et ceux qui exercent en obstétrique ont à cœur de prodiguer des soins sécuritaires aux mères et aux nouveau-nés. Étant conscients de l'importance de la qualité et de la sécurité des services d'obstétrique, Agrément Canada, l'HIROC, l'ACPM et la Corporation Salus Global ont uni leurs efforts pour souligner non seulement les points forts des services d'obstétrique⁶ qui sont fournis au Canada, mais également les possibilités d'amélioration en la matière. Ces quatre organismes sont soucieux de la sécurité des soins de santé et désireux d'améliorer le rendement des équipes de soins de santé. Le présent rapport :

- indique dans quelle mesure les professionnels de la santé et les organismes de soins de santé canadiens qui fournissent des services d'obstétrique se conforment aux normes de sécurité et de qualité;
- met en évidence les points forts et les possibilités d'amélioration en matière de prestation de services d'obstétrique, y compris les soins post-partum⁷;
- fait ressortir les principaux risques en obstétrique;
- décrit sommairement les principales stratégies de réduction des risques et dans quelle mesure elles sont adoptées par les organismes de soins de santé;
- fait état des ressources, des innovations et des pratiques exemplaires qui sont à la disposition des organismes et des équipes de soins de santé qui fournissent des services d'obstétrique.

ÉTUDE DE CAS

Création d'une communauté de pratique

L'équipe de l'Hôpital régional d'Inuvik a mis sur pied une communauté de pratique en vue de corriger des lacunes sur le plan de la prestation de soins prénataux uniformes, complets et sécuritaires dans la région. Les interventions étaient axées sur l'établissement d'une stratégie de communication structurée qui englobe tous les prestataires de soins obstétricaux de la région. La mise en place de tournées prénatales multidisciplinaires hebdomadaires, d'une table ronde pour discuter du suivi de chaque femme qui en est à sa 36^e semaine de grossesse et des risques auxquels celle-ci est exposée et d'un processus de vérifications constantes du rendement a contribué à l'instauration d'une culture de sécurité qui a permis un élargissement de la gamme de soins obstétricaux dispensés aux femmes et aux nouveau-nés et une amélioration de la sécurité de ces soins. Cette étude de cas est présentée en détail à l'[annexe E](#).

Étant donné que l'on dénombre quelque 380 000 naissances par an au Canada (Statistique Canada, 2015) et que l'accouchement est le principal motif d'hospitalisation au pays (Institut canadien d'information sur la santé, 2014), la qualité et la sécurité des services d'obstétrique qui sont offerts aux familles canadiennes méritent qu'on leur accorde une attention soutenue. Selon les résultats exposés dans le présent rapport, s'il est vrai que les soins obstétricaux qui

⁶Ces services ne comprennent pas les soins prodigués par les sages-femmes.

⁷Soins qui sont dispensés après l'accouchement

sont fournis au Canada sont de haute qualité, il n'en demeure pas moins que l'on déplore encore des incidents liés à la sécurité des usagers.

S'il apparaît clairement qu'il est possible de tirer des leçons des erreurs commises par le passé, il est tout aussi vital de comprendre les raisons pour lesquelles certaines stratégies se sont avérées efficaces afin de s'en inspirer. Ce concept, selon lequel il faut trouver un compromis entre production et sécurité, est appelé *production safety* en ingénierie de la résilience. Pour s'améliorer, il est essentiel d'accorder une place prépondérante à la culture de sécurité et de mettre l'accent sur le travail d'équipe, l'efficacité de la communication et des processus de soins normalisés et fiables, et l'évaluation de la qualité joue un rôle déterminant dans l'efficacité, l'efficience et la sécurité des services dispensés. Le personnel d'encadrement des organismes de soins de santé et les équipes interprofessionnelles du Canada doivent accorder la plus grande attention aux risques auxquels ils sont exposés et aux possibilités d'amélioration qui s'offrent à eux, afin d'opérer des changements positifs durables.

Résultats pancanadiens fournis par Agrément Canada – Évaluation de la prestation des services d'obstétrique

Le Programme d'agrément Qmentum d'Agrément Canada a pour but d'aider les organismes de soins de santé à améliorer la qualité de leurs services en leur fournissant des normes détaillées sur un secteur bien précis, un plan de visites personnalisé, un processus d'auto-évaluation et de visites d'agrément approfondi et les résultats détaillés de ces visites, qui font ressortir les points forts et les possibilités d'amélioration. Pour obtenir de l'information sur le programme Qmentum, veuillez consulter l'[annexe A](#).

Les normes *Services d'obstétrique* portent sur le processus du travail et de l'accouchement dans un milieu de soins de courte durée jusqu'au point où la mère et le bébé sont transférés dans un autre milieu de soins ou ils obtiennent leur congé. Les taux de conformité à ces normes indiquent à quel point les organismes de santé sont à la hauteur en matière de qualité, de sécurité et de mise en œuvre de meilleures pratiques.

En 2011, Agrément Canada a amélioré les normes *Services d'obstétrique* en collaborant avec un groupe de travail pancanadien sur les normes, qui était formé d'experts en obstétrique et d'organismes partenaires canadiens, et en se fondant sur des données additionnelles issues d'une vaste consultation en ligne. Certains passages ont été reformulés et de nouveaux éléments ont été ajoutés en ce qui concerne la nécessité :

- d'utiliser des outils structurés de communication et des procédures de documentation concernant les évaluations de la santé du fœtus;
- de déterminer le niveau de surveillance et d'expertise requis pendant le travail et l'accouchement;
- de disposer de procédures normalisées pour surveiller la santé du fœtus, de prendre les mesures qui s'imposent en présence d'une fréquence cardiaque fœtale anormale et mobiliser les ressources pour les cas d'accouchement urgent;
- de disposer d'une politique et d'une procédure pour le comptage des éponges et des aiguilles avant et après les accouchements vaginaux;
- de disposer d'une politique relative à l'allaitement des bébés;
- d'utiliser de façon sécuritaire l'équipement et les dispositifs d'obstétrique;
- d'administrer de façon sécuritaire l'ocytocine et la prostaglandine;
- d'utiliser une liste de vérification pour la réalisation d'interventions chirurgicales sécuritaires avant de pratiquer ce type d'intervention.

Les normes révisées ont été évaluées dans un premier temps au cours des visites d'agrément qui ont commencé en septembre 2012.

Taux de conformité à l'égard des normes *Services d'obstétrique d'Agrément Canada*

Le taux de conformité à l'égard des normes *Services d'obstétrique* a été évalué entre 2012 et 2015 au sein de 185 organismes de soins de santé, soit 91 organismes de soins de courte durée, 93 autorités sanitaires ou CISSS ou CIUSSS, et un organisme de soins de santé autochtone. Le taux de conformité globale à l'égard de ces normes était élevé chez les organismes clients canadiens, qui ont excellé dans trois domaines (conformité totale), comme l'illustre le tableau 1.

Tableau 1 : Évaluation des normes *Services d'obstétrique* – Points forts (2012-2015)

Norme	Description
L'équipe effectue en temps opportun une évaluation exacte et appropriée de chaque cliente.	Elle établit et évalue des délais pour la réalisation de l'évaluation initiale, y compris celle de la santé physique et de la santé mentale; elle évalue les risques et détermine le niveau de surveillance et de soins requis pendant le travail et l'accouchement.
L'équipe utilise de façon efficace et sécuritaire l'équipement et les appareils d'obstétrique et post-partum.	Elle respecte les lignes directrices relatives aux meilleures pratiques et les directives du fabricant; elle reçoit de la formation sur l'utilisation des nouveaux appareils et du nouvel équipement.
L'équipe s'assure que les renseignements sur les clientes sont précis, accessibles, à jour et protégés.	Elle tient les dossiers des clientes à jour; elle respecte les lois en vigueur sur la protection de la vie privée des clientes, ainsi que sur la protection de la confidentialité de leurs renseignements; les clientes ont accès à leurs dossiers; et le personnel et les prestataires de services ont accès à l'information sur la cliente en temps opportun.

Comme l'indique le tableau 2, environ 10 % des organismes clients ne se conformaient pas à certaines normes.

Tableau 2 : Évaluation des normes *Services d'obstétrique* – Possibilités d'amélioration (2012-2015)

Norme	Description	Points à améliorer
L'équipe prépare les clientes en vue de l'accouchement vaginal ou de la césarienne.	Des procédures normalisées sont appliquées et des plans ou procédures d'intervention en cas d'urgence ont été mis en place.	Disposer d'une politique et d'une procédure pour le comptage des éponges et des aiguilles avant et après les accouchements vaginaux.

Norme	Description	Points à améliorer
L'équipe prépare les clientes et les familles au transfert à une autre équipe ou à un autre établissement, à un autre prestataire de services ou à la cessation des services.	L'équipe explique le processus de transfert aux clientes et aux familles et les prépare pour le transfert.	<p>Communiquer avec les clientes, les familles ou les organismes vers lesquels les clientes ont été acheminées afin d'évaluer l'efficacité des transferts.</p> <p>Utiliser l'information disponible pour améliorer rétrospectivement la planification des transferts et de la fin des services.</p> <p>Mettre en place un processus structuré d'évaluation des services d'obstétrique (p. ex. appels téléphoniques de suivi).</p>
L'équipe améliore continuellement ses services d'obstétrique.*	L'équipe établit des indicateurs de rendement relatifs aux services d'obstétrique et en fait le suivi, et les résultats des évaluations sont communiqués au personnel ainsi qu'aux clientes et à leur famille.	<p>Sonder l'opinion des clientes et des familles quant à la qualité des services d'obstétrique et comparer les résultats obtenus à ceux d'organismes équivalents.</p> <p>Communiquer les résultats d'évaluation des projets d'amélioration de la qualité au personnel ainsi qu'aux clientes et aux familles.</p>
L'équipe recueille et utilise les données qui découlent des indicateurs pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité.**	L'équipe recueille et utilise des données découlant des indicateurs pour orienter les projets d'amélioration de la qualité à son niveau.	Cerner des indicateurs qui permettront d'évaluer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des objectifs d'amélioration de la qualité.
*Norme qui était en vigueur de 2012 à 2014.		
**Nouvelle norme établie en 2015 qui remplace la norme « L'équipe améliore continuellement ses services d'obstétrique. »		

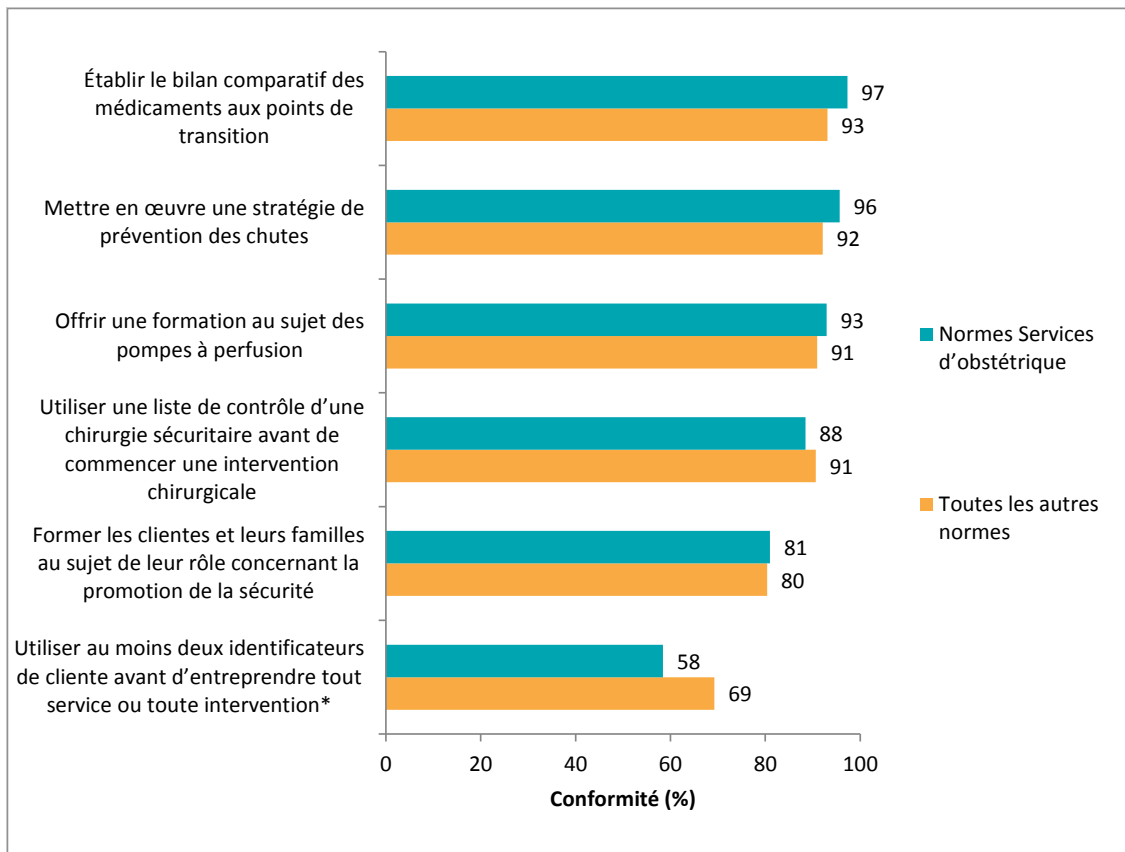
Pratiques organisationnelles requises dans les normes *Services d'obstétrique*

Les pratiques organisationnelles requises (POR) sont des éléments clés du programme Qmentum. Établies en 2005, ce sont des pratiques essentielles fondées sur des données probantes que les organismes clients doivent mettre en place pour réduire les risques et contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé. Les POR sont élaborées à partir de contributions d'experts du domaine de la santé établis aux quatre coins du pays et exerçant aux paliers provincial, territorial et fédéral, dont des praticiens, des prestataires de

services de santé, des chercheurs, des décideurs et des représentants des ministères et des universités.

Chaque POR comprend un énoncé de but, des conseils accompagnés d'une justification et de preuves à l'appui, et des tests de conformité. Durant la visite d'agrément, chaque test donne lieu à une cote de conformité ou de non-conformité. Un organisme doit réussir tous les tests de conformité pour prouver qu'il répond aux exigences relatives à la POR. La figure 1 permet de comparer les taux de conformité à l'égard des POR qui sont énoncées dans les normes *Services d'obstétrique* et de celles qui figurent dans toutes les autres normes entre 2012 et 2015.

Figure 1 – Taux de conformité à l'égard des POR (2012-2015)



*Les POR *Bilan comparatif des médicaments à l'admission* et *Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé* ont été remplacées par *Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins* pour les visites d'agrément débutant en 2014. Les taux de conformité à l'égard de la POR *Bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins* qui sont présentés sur cette figure ont été établis sur la base des données de 2014 et de 2015.

Comme le montre la figure 1, les organismes qui appliquent les normes Services d'obstétrique ont obtenu des taux de conformité plus élevés que ceux des équipes cliniques qui appliquent d'autres normes, et ce, pour la plupart des POR. Cela dit, il convient d'améliorer la conformité à l'égard de trois POR importantes.

1. Établir le bilan comparatif des médicaments aux points de transition (58 %)

Le taux de conformité à l'égard de cette POR s'est chiffré à 58 % entre 2014 et 2015⁸ au sein des organismes qui appliquent les normes *Services d'obstétrique*, alors qu'il a atteint 69 % au sein des organismes qui suivent toutes les autres normes. Ce faible résultat s'explique par le fait que certains organismes n'avaient pas encore commencé à dresser le bilan comparatif des médicaments utilisés dans le cadre des services d'obstétrique durant la période d'évaluation. Agrément Canada veille à ce que cette pratique soit entièrement mise en œuvre au sein de tous les programmes et services.

2. Mettre en œuvre une stratégie de prévention des chutes (81 %)

Les organismes qui ont adopté les normes *Services d'obstétrique* ont obtenu un taux de conformité de 81 % pour ce qui est de la POR *Mise en œuvre d'une stratégie de prévention des chutes*, alors que les organismes qui ont adopté d'autres normes ont obtenu un taux de conformité de 80 % à ce chapitre. D'aucuns pensent que les usagères qui reçoivent des soins obstétricaux sont exposées à un faible risque de chute; or, elles sont susceptibles de perdre soudainement l'équilibre en raison des pertes de sang qu'elles ont subi et des effets des médicaments qui leur sont administrés.

3. Offrir une formation au sujet des pompes à infusion (88 %)

Le taux de conformité à cette POR s'est établi à 88 % au sein des organismes qui appliquent les normes *Services d'obstétrique* et à 91 % au sein des organismes qui appliquent d'autres normes. Cette POR a été révisée. Plus précisément, depuis janvier 2016, on s'attend lors des visites d'agrément à ce que les organismes ne se contentent plus d'offrir une formation, mais qu'ils aient adopté une stratégie de sécurité globale pour les pompes à perfusion. De plus, l'évaluation de la conformité à l'égard de la nouvelle version de cette POR repose sur six tests, alors qu'il n'y en avait qu'un seul dans le cas de l'ancienne version.

Reconnaître les pratiques exemplaires

Agrément Canada reconnaît les pratiques exemplaires adoptées par les organismes de l'ensemble du continuum de soins. Ces pratiques méritent qu'on les souligne en tant qu'exemples d'un leadership et d'une prestation de services de grande qualité. Bon nombre d'entre elles sont ingénieuses par leur simplicité et illustrent la façon dont les stratégies innovatrices peuvent être mises en application et dont l'excellence peut être atteinte, souvent à peu de frais. Pour qu'une pratique soit dite « exemplaire », elle doit être :

- liée aux normes d'Agrément Canada;
- viable;
- originale et novatrice;
- centrée sur les usagers ou les familles;
- évaluée régulièrement;
- susceptible de démontrer l'atteinte de résultats positifs et l'efficacité dans la pratique;
- applicable à d'autres organismes.

⁸ Les taux de conformité à l'égard des anciennes versions de cette POR qui ont été enregistrés de 2012 à 2013 étaient similaires : ils se chiffraient à 66 % pour la POR Bilan comparatif des médicaments à l'admission et à 46 % pour la POR Bilan comparatif des médicaments au transfert ou au congé.

Les pratiques exemplaires sont répertoriées dans la [base de données des pratiques exemplaires](#). Le tableau 3 énumère quatre pratiques exemplaires en obstétrique qui ont été acceptées entre 2012 et 2015.

Tableau 3 : Pratiques exemplaires en matière de services d'obstétrique

Organisme	Pratique exemplaire
Sunnybrook Health Sciences Centre (Ontario)	Leadership en matière de formation en soins obstétriques intensifs
The Scarborough Hospital (Ontario)	Clinique d'évaluation au premier stade de grossesse
Markham Stouffville Hospital (Ontario)	Options d'accouchement après césarienne.
London Health Sciences Centre (Ontario)	Élaboration d'une échelle de triage et de gravité en obstétrique

PRATIQUE EXEMPLAIRE

Leadership en matière de formation en soins obstétriques intensifs au Sunnybrook Health Sciences Centre (2013)

Le Sunnybrook Health Sciences Centre a établi un modèle de soins novateur destiné aux femmes enceintes qui sont gravement malades et qui présentent des comorbidités. Ce programme vient corriger les lacunes qui existaient en matière de soins obstétricaux traditionnels dans le cas des femmes enceintes ayant des besoins médicaux complexes. Axée sur l'acquisition de compétences poussées en soins critiques, la formation que les infirmières spécialisées en soins obstétricaux reçoivent dans le cadre de ce programme leur permet de prendre en charge des cas complexes, d'assurer la surveillance fœtale et de prodiguer les soins nécessaires aux usagères durant le travail, l'accouchement et la période post-partum. Grâce à ce modèle novateur, les femmes enceintes qui nécessitent à la fois des soins obstétricaux et des soins critiques peuvent désormais être prises en charge dans le cadre d'un seul programme.

Toutes les personnes qui ont suivi la formation en soins critiques ont déclaré que celle-ci a changé leur façon de prodiguer des soins infirmiers et leur a permis de prendre de l'assurance, d'affûter leur esprit critique et d'être moins anxieuses lorsqu'elles s'occupent de personnes gravement malades.

Ce projet de formation a été présenté au sein de l'organisme et à l'échelle du pays. Pour aider les apprenants, on leur a aménagé des horaires de travail variables et on a mis en place un système de mentorat. Sunnybrook a fait preuve d'innovation en matière de formation en soins infirmiers : il a offert aux participants l'occasion d'apprendre, de s'épanouir et de gagner en autonomie tout en créant un modèle de soins centrés sur la famille sécuritaire et novateur. En effet, en réduisant le nombre de transferts vers d'autres unités, ce programme limite le risque d'erreurs dans le transfert des connaissances et améliore la sécurité des usagers. Qui plus est, les familles bénéficient de soins continus et sont en mesure d'entretenir des relations thérapeutiques suivies avec le personnel infirmier.

Élaboration d'une échelle de triage et de gravité en obstétrique au London Health Sciences Centre (2015)

Au London Health Sciences Centre (LHSC), le centre de triage en obstétrique est une clinique externe située à l'intérieur de l'Unité des naissances. On y offre des soins ambulatoires urgents et très urgents aux femmes enceintes de plus de 20 semaines. La clinique est souvent très occupée. Le travail au triage exige une pensée critique et une capacité de priorisation des soins afin de voir à gérer le volume des usagères tout en leur offrant des soins sécuritaires et centrés sur elles. À plusieurs égards, cela ressemble à la salle d'urgence : problèmes concernant la congestion, les durées de séjour prolongées et l'accès des usagères.

C'est après sa visite d'agrément de 2005 que le LHSC a entrepris de s'occuper de ses pratiques de triage, car les résultats de cette visite démontraient qu'il fallait améliorer les communications à partir de la présentation à l'unité ainsi que le délai entourant la première évaluation de l'infirmière. C'est dans cette perspective que l'échelle de triage et de gravité en obstétrique a été élaborée. Cette échelle, qui est basée sur l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG), comprend cinq catégories de gravité (allant de la réanimation aux soins non urgents), dont un ensemble exhaustif de déterminants propres à l'obstétrique.

L'échelle de triage et de gravité en obstétrique est la première du genre à fournir des résultats fiables et valides. Les résultats de ce projet ont été publiés en 2013 dans *l'American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Les premiers liens établis avec les auteurs de l'ÉTG se sont transformés en une collaboration constante qui contribuera à ce que l'échelle demeure un outil pouvant être utilisé à n'importe quel palier d'un organisme.

La mise en œuvre d'une évaluation normalisée de la gravité à l'unité de triage en obstétrique, soit l'échelle de triage et de gravité, permet aux équipes de soins obstétricaux d'évaluer la répartition des cas en fonction de leur gravité, le cheminement des usagères, qui est stratifié en fonction de la gravité de leur cas, ainsi que les interventions effectuées au triage en vue d'améliorer le cheminement.

L'expérience de l'HIROC – Incidents préjudiciables chez les usagers des unités d'obstétrique d'après les réclamations de nature médico-légale

Les bases de données sur les réclamations de nature médico-légale de l'HIROC sont une excellente source d'information sur la sécurité des usagers. Les incidents liés à la sécurité des mères et des nouveau-nés se démarquent par leur gravité et les coûts élevés qui leur sont associés dans les bases de données sur les fautes médicales. L'annexe B décrit les possibilités d'utilisation des données sur les fautes médicales, les limites de ces données et les précautions qui s'imposent dans le cadre de l'évaluation des préjudices subis par les mères et les nouveau-nés.

Les observations qui sont présentées dans la section qui suit sont tirées de l'analyse des réclamations relatives à des soins obstétricaux et néonataux⁹ qui ont été rapportées à l'HIROC entre avril 2004 et mars 2012. Cette section expose également les résultats de la stratégie de transfert de connaissances que l'HIROC a établie pour évaluer et diffuser les enseignements tirés de l'analyse de ce type de réclamations.

Réclamations relatives aux soins obstétricaux et néonataux (2004-2012)

On a passé en revue plus de 1 000 réclamations qui ont été adressées aux hôpitaux assurés par l'HIROC pendant une période de huit ans (du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2012)¹⁰. Les figures 2 et 3 illustrent les tendances relatives au nombre de réclamations et au coût de celles-ci. Comme on peut le constater, le nombre de réclamations relatives aux soins obstétricaux et néonataux signalées à l'HIROC a diminué de 2004-2005 à 2007-2008, puis s'est accru à partir de 2008-2009. Quant au coût des réclamations, il est demeuré relativement constant, mis à part en 2009-2010, où il y a eu quelques indemnités très coûteuses¹¹.

⁹Englobent les soins prodigués durant le travail et l'accouchement et immédiatement après ce dernier.

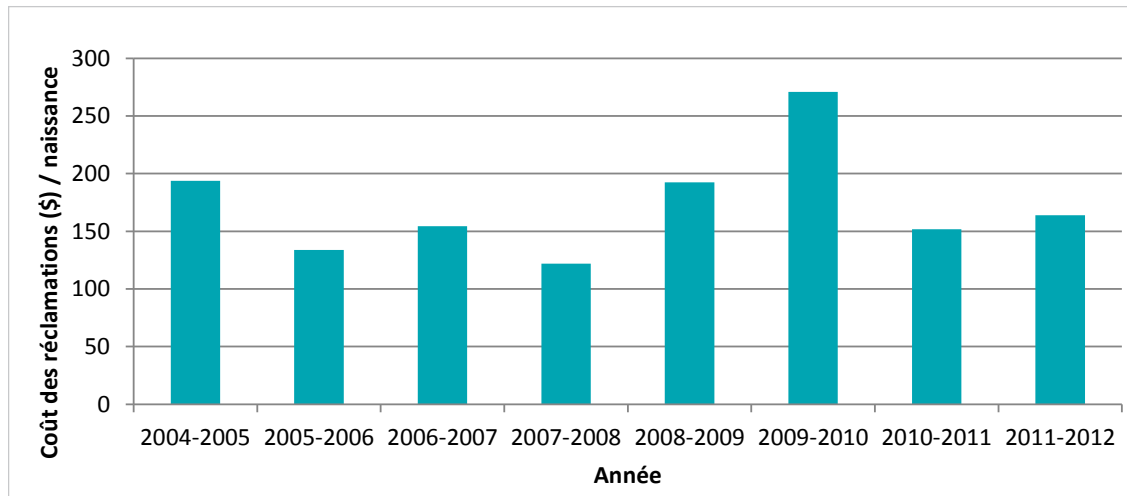
¹⁰Hôpitaux situés à Terre-Neuve-et-Labrador, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et au Yukon.

¹¹Étant donné qu'il peut s'écouler un certain temps avant que toutes les données concernant une réclamation relative à des soins obstétricaux et néonataux ne soient disponibles, on n'a retenu que les données obtenues jusqu'en 2011-2012 pour l'analyse. On considère en effet que les données obtenues au cours des années suivantes ne sont pas suffisantes pour établir le coût des réclamations.

Figure 2 : Nombre annuel de réclamations par tranche de 100 naissances



Figure 3 : Coût des réclamations (\$) par naissance selon l'année



Le tableau 4 fait état de la proportion relative de naissances, de réclamations et du coût de ces réclamations en fonction des niveaux de soins obstétricaux. Les centres de niveau I (hôpitaux communautaires et ruraux qui, en général, ne font pas appel aux services de spécialistes) représentent environ 10 % des naissances et des réclamations. Ils sont sous-représentés pour ce qui est du coût des réclamations, et ce sont eux qui sont associés au nombre moyen de réclamations par tranche de 100 naissances le plus élevé et au coût moyen des réclamations par naissance le plus faible. Les centres de niveau II (hôpitaux communautaires et régionaux qui bénéficient des services de spécialistes) totalisent plus de 60 % des naissances et des réclamations. Ils sont surreprésentés en ce qui concerne le coût total des réclamations, et c'est au sein de ces centres que le coût moyen des réclamations par naissance est le plus élevé. Enfin, les centres de niveau III (centres tertiaires qui fournissent sur place des services de périnatalogie et de néonatalogie complets) représentent de 25 à 30 % des naissances et des réclamations. Ils sont sous-représentés sur le plan du coût des réclamations et, en moyenne, ce sont eux qui reçoivent le moins de réclamations par tranche de 100 naissances.

Tableau 4 : Nombre de naissances et de réclamations et coût des réclamations selon le niveau de soins obstétricaux

Paramètre	Niveau I	Niveau II	Niveau III
Nombre de naissances (% du total)	8 %	63 %	29 %
Nombre de réclamations relatives aux soins obstétricaux et néonataux (% du total)	10 %	65 %	25 %
Coût des réclamations relatives aux soins obstétricaux et néonataux (% du total)	4 %	74 %	22 %
Nombre moyen de réclamations par tranche de 100 naissances	0,13	0,10	0,08
Coût moyen des réclamations par naissance (\$)	93 \$	205 \$	132 \$

Principaux risques liés aux réclamations relatives aux soins obstétricaux et néonataux

Certains risques sont particulièrement susceptibles d'entraîner des réclamations relatives aux soins obstétricaux et néonataux. Les dix principaux risques qui ont été recensés et le pourcentage relatif du coût total des réclamations liées aux soins obstétricaux et néonataux qui leur est associé figurent dans le tableau 5.

Tableau 5 : Principaux risques et pourcentage du coût des réclamations relatives aux soins obstétricaux et néonataux

Risque de réclamation relative aux soins obstétricaux et néonataux (tous les hôpitaux)	Rang	% des coûts
Incapacité d'interpréter une anomalie de l'état du fœtus ou de prendre les mesures qui s'imposent	1	42 %
Erreur d'administration des médicaments destinés au déclenchement ou à l'accélération du travail	2	12 %
Incapacité de surveiller l'état du fœtus	3	10 %
Incapacité de déceler ou de prendre en charge une hyperbilirubinémie	4	7 %
Incapacité de communiquer l'état du fœtus	5	6 %
Accouchement retardé (déclenchement ou césarienne)	6	3 %
Incapacité de déceler ou de prendre en charge une infection	7	3 %
Dystocie de l'épaule	8	2 %
Accouchement vaginal assisté	9	2 %
Erreurs lors d'un accouchement vaginal (à l'exclusion des accouchements vaginaux après une césarienne)	10	2 %

Les cinq principaux risques liés aux soins obstétricaux et néonataux comptent parmi les 30 principaux risques auxquels sont exposés les organismes de soins de courte durée.

1. **Incapacité d'interpréter une anomalie** de l'état du fœtus ou de prendre les mesures qui s'imposent : La surveillance fœtale est bel et bien effectuée, mais les anomalies qui sont décelées lors de cette surveillance sont mal interprétées ou ne sont pas prises en charge de façon appropriée.
2. **Erreur d'administration des médicaments destinés au déclenchement ou à l'accélération du travail** : Il s'agit des cas où une ordonnance pour des médicaments destinés au déclenchement ou à l'accélération du travail a été acceptée à tort ou il y a eu des erreurs dans l'administration des médicaments destinés au déclenchement ou à l'accélération du travail.
3. **Incapacité de surveiller l'état du fœtus** : La surveillance fœtale n'est pas adéquate ou on omet de noter dans le dossier qu'elle a été effectuée.
4. **Incapacité de déceler ou de prendre en charge une hyperbilirubinémie** : Les cas de jaunisse chez les nouveau-nés ne sont pas décelés ou dépistés, ou le praticien principal n'est pas informé du taux de bilirubine.
5. **Incapacité de communiquer l'état du fœtus** : On surveille l'état du fœtus et les résultats de ce suivi sont bels et bien interprétés, mais le praticien principal n'en est pas informé ou ils ne lui sont pas transmis de manière efficace ou opportune. Cette catégorie englobe également les cas où il a été impossible de joindre le praticien de garde pour une consultation, un accouchement ou une urgence obstétricale.

Savoir tirer des leçons de ses erreurs – La stratégie de transfert de connaissances de l'HIROC

L'HIROC recueille les éléments d'information sur la sécurité des usagers que recèlent les dossiers de réclamation afin de les mettre au service des systèmes de santé et des professionnels de la santé. Plus précisément, l'organisme dresse la liste des principaux risques qui donnent lieu aux réclamations les plus coûteuses dans le cas des organismes de soins de courte durée; il prépare de courtes fiches de référence pour chacun de ces risques, qui mettent en relief les données sur les réclamations, l'objet des réclamations, des études de cas et les principales stratégies de réduction des risques; et il propose à ces organismes un programme en ligne qui leur permet d'évaluer systématiquement dans quelle mesure ils se conforment aux principales stratégies de réduction de ces risques, lesquelles sont fondées sur des données probantes.

La liste de vérification pour l'évaluation des risques (*Risk Assessment Checklist Program*)¹² mise en ligne par l'HIROC permet aux organismes et aux praticiens d'évaluer dans quelle mesure ils se conforment aux dix stratégies de réduction les plus efficaces qui ont été établies pour chaque risque, de faire un suivi de leurs résultats et de définir des points de comparaison au fil du temps. Le tableau 6 résume les taux de conformité globale à l'égard des cinq risques liés aux soins obstétricaux et néonataux qui figurent sur la liste de vérification de l'HIROC, ainsi que le taux d'amélioration moyen observé à cet égard au sein des 30 organismes qui ont terminé le cycle d'évaluation de trois ans.

¹²La liste de vérification pour l'évaluation des risques, qui a été établie en 2011, permet de générer un score de conformité globale pour un risque donné à partir du degré de conformité à l'égard de chacune des stratégies de réduction de ce risque. Les évaluations sont effectuées tous les ans pendant un cycle d'évaluation de trois ans.

Tableau 6 : Scores obtenus à la liste de vérification pour l'évaluation des risques liés aux soins obstétricaux et néonataux

Risques liés aux soins obstétricaux et néonataux	Taux de conformité (%) (1 ^{re} année)	% d'augmentation (après trois ans)
Incapacité d'interpréter une anomalie de l'état du fœtus ou de prendre les mesures qui s'imposent	87 %	10 %
Erreur d'administration des médicaments destinés au déclenchement ou à l'accélération du travail	85 %	12 %
Incapacité de surveiller l'état du fœtus	89 %	7 %
Incapacité de déceler ou de prendre en charge une hyperbilirubinémie	89 %	9 %
Incapacité de communiquer l'état du fœtus	76 %	18 %

Sont énumérées ci-dessous les principales stratégies de réduction qui ont été établies pour le risque le plus important et pour le risque le moins important.

L'incapacité d'interpréter une anomalie de l'état du fœtus ou de prendre les mesures qui s'imposent est le risque qui est associé aux coûts de réclamation les plus élevés. Les stratégies de réduction du risque pour lesquelles on a observé les améliorations les plus marquées sont les suivantes :

- Vérifier dans quelle mesure le protocole de surveillance fœtal est respecté (taux de conformité de 66 % la 1^{re} année; amélioration de 18 % après 3 ans)
- Se doter d'un arbre décisionnel ou d'un algorithme pour les cas où la fréquence cardiaque fœtale (FCF) est anormale ou atypique (taux de 80 %; amélioration de 18 %)
- Veiller à ce que le personnel infirmier possède au départ les compétences nécessaires pour la surveillance fœtale et lui offrir une formation continue en la matière (taux de 84 %; amélioration de 16 %)
- Adopter un outil normalisé d'aide à la prise de décisions pour la préparation des accouchements d'urgence (taux de 80 %; amélioration de 11 %)

L'incapacité de communiquer l'état du fœtus est le risque lié aux soins obstétricaux ou néonataux qui est associé aux scores de conformité les plus faibles. Les stratégies de réduction des risques qui affichent les taux d'amélioration les plus importants sont les suivantes :

- Vérifier dans quelle mesure les protocoles relatifs à la chaîne de commandement et au recours hiérarchique sont respectés (taux de conformité de 52 % la 1^{re} année; amélioration de 32 % après 3 ans)
- Passer en revue le plan de relève d'urgence de premier et de deuxième recours pour le personnel de garde chaque fois qu'il est activé (taux de 61 %; amélioration de 19 %)
- Mettre en place un protocole relatif à la chaîne de commandement et au recours hiérarchique au sein de l'unité d'obstétrique (taux de 84 %; amélioration de 16 %)
- Mettre en place des plans de relève d'urgence de premier et de deuxième recours pour le personnel de garde (taux de 68 %; amélioration de 16 %)

L'annexe B décrit une étude de cas qui illustre bien la complexité des soins obstétricaux et les risques qui sont associés à ces soins, en particulier ceux qui sont liés à la surveillance fœtale, aux plans de relève d'urgence pour le personnel de garde et aux protocoles relatifs à la chaîne de commandement.

Les leçons tirées de l'expérience de l'ACPM – Problèmes liés à la sécurité des usagers à haut risque

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) produit de l'information destinée à favoriser l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services d'obstétrique au Canada et fait des suggestions pratiques pour améliorer les soins cliniques. On compte environ une action en justice mettant en cause un médecin membre de l'ACPM par tranche de 7 700 naissances au Canada. L'ACPM a conclu 688 dossiers médico-légaux portant sur les soins obstétricaux entre 2010 et 2014¹³.

Tableau 7 : Dossiers portant sur des soins obstétricaux conclus par l'ACPM (2010-2014) – Répartition des résultats obtenus par les mères et les nouveau-nés

Incapacité ou résultat	Mère (%)* (n = 688)	Nouveau-né (%)* (n = 395)
Décès	4 %	33 %
Incapacité catastrophique**	0 %	27 %
Incapacité majeure ***	6 %	15 %
Incapacité mineure	37 %	19 %
Aucun préjudice	52 %	7 %

*Le total n'est pas égal à 100 %, parce que les pourcentages ont été arrondis.

**Par « incapacité catastrophique », on entend une atteinte du système nerveux (cerveau, moelle épinière et nerfs périphériques) ou une altération de l'état mental ou des capacités d'intégration.

***L'incapacité majeure est définie comme une atteinte sensorielle ou motrice majeure qui place la personne concernée en situation de dépendance et qui est associée à des lésions passagères ou à des séquelles permanentes (p. ex. hémorragie grave ou déchirure du 3e ou du 4e degré chez la mère, et paralysie cérébrale se traduisant par une légère diplégie chez le nouveau-né).

En tout, 395 des 688 dossiers en question concernaient les soins prodigués au nouveau-né. Un examen des résultats obtenus dans ces cas démontre que les nouveau-nés ont subi des préjudices plus importants que les mères.

Une analyse élargie des dossiers médico-légaux qui ont été conclus par l'ACPM au cours des dix dernières années a mis en évidence cinq domaines cliniques à haut risque, qui comptent également parmi les principaux domaines susceptibles d'entraîner une réclamation selon l'HIROC :

- la surveillance de la FCF;
- le déclenchement et l'accélération du travail;
- l'accouchement vaginal assisté;
- le moment choisi pour pratiquer une césarienne;
- la prise en charge des cas de dystocie de l'épaule.

¹³Englobent les poursuites et les plaintes déposées auprès des organismes de réglementation (collèges) et des hôpitaux.

Thèmes et recommandations

L'analyse effectuée par l'ACPM a fait ressortir les thèmes suivants, qui touchent de nombreux secteurs de soins et de nombreuses disciplines. Les recommandations qui ont été formulées pour chacun de ces thèmes sont fondées sur l'opinion d'experts et sur l'analyse de l'ACPM.

Failles dans le processus de prise de décisions cliniques

Une forte proportion des dossiers pris en charge par l'ACPM sont liés à des cas où les infirmières et les médecins n'ont pas remarqué à temps que le tracé de la FCF était atypique ou anormal. Bien souvent, ces diagnostics tardifs étaient attribuables à une piètre conscience situationnelle (c.-à-d. une piètre capacité à suivre l'évolution de la situation et à anticiper les mesures qui pourraient s'avérer nécessaires) ou à une interprétation erronée du tracé de la FCF. Ils étaient liés par exemple à des évaluations trop espacées ou à la poursuite de l'administration d'ocytocine en dépit d'un tracé atypique ou anormal de la FCF qui justifie un accouchement dans les plus brefs délais. Les erreurs de jugement clinique sont souvent à l'origine d'une communication inefficace au sein de l'équipe (voir l'étude de cas présentée à la [page 24](#)).

Recommandations visant l'amélioration

- Cerner les lacunes professionnelles (compétences) ou les besoins en matière de formation au sein de l'équipe de soins obstétricaux et fournir les services de perfectionnement professionnel adéquats.
- Inciter tous les professionnels de la santé à contribuer au maintien d'une excellente conscience situationnelle.
- Demeurer à l'affût des altérations de l'état de l'usagère lors de l'utilisation de médicaments faisant l'objet d'un niveau d'alerte élevé, tels que l'ocytocine et le sulfate de magnésium.
- Insister sur la nécessité pour tous les cliniciens de l'unité d'obstétrique de suivre régulièrement des formations sur l'évaluation fœtale et la conscience situationnelle.

ÉTUDE DE CAS

Jugement clinique inadéquat, absence de consentement éclairé, non-respect des protocoles

Une femme enceinte de jumeaux est admise à l'hôpital à sa 37^e semaine pour le déclenchement du travail. Le travail progresse sans problème après la rupture artificielle des membranes et la mise en place de la perfusion d'ocytocine. La femme accouche du jumeau A par voie vaginale en l'espace de six heures sans aucune complication clinique. On procède à la rupture artificielle de la poche du jumeau B et à une accélération à l'ocytocine au cours de l'heure qui suit. L'application d'une électrode sur le cuir chevelu du fœtus révèle une décélération de la FCF et l'absence de variabilité. L'obstétricien prend la décision d'utiliser une ventouse, mais la cupule lâche à plusieurs reprises. Il tente alors par trois fois un accouchement assisté par forceps, en vain. Il pratique une césarienne environ 90 minutes après la naissance du jumeau A. Le jumeau B, chez lequel on diagnostique une encéphalopathie hypoxique ischémique, décède deux jours plus tard.

Les experts sont d'avis que la FCF du jumeau B nécessitait un accouchement immédiat (dans les 10 à 15 minutes qui ont suivi la naissance du jumeau A) et que la reprise de l'administration de l'ocytocine était contre-indiquée dans ce cas. L'obstétricien a reconnu la nécessité d'améliorer les discussions visant l'obtention d'un consentement dans les cas d'extraction instrumentale et de revenir sur le déroulement de l'accouchement avec l'usagère et la famille.

D'autres études de cas qui illustrent les principaux problèmes liés aux dossiers obstétricaux pris en charge par l'ACPM et la complexité de ceux-ci figurent à l'[annexe C](#).

Communication inefficace au sein de l'équipe

Des problèmes de communication au sein de l'équipe de soins ont été signalés dans 70 % des incidents préjudiciables en obstétrique (Joint Commission, 2004). Les problèmes de communication comptent parmi les facteurs qui ont été mis en cause dans un certain nombre de dossiers pris en charge par l'ACPM. Bien souvent, les renseignements fournis par les infirmières sur l'état de la mère et celui du fœtus ne sont pas assez détaillés, les médecins ne remettent pas en question les renseignements cliniques qui leur sont transmis ou ne cherchent pas à obtenir certains renseignements cliniques afin de dresser un tableau complet de la situation, et les membres du personnel clinique ne se transmettent pas suffisamment de renseignements lors des changements de quart de travail ou des transferts de soins. D'autres failles ont également été observées en matière de communication. Par exemple, le fait de ne pas préciser l'urgence de la situation, qu'il s'agisse d'une consultation ou d'un accouchement, a contribué à des interventions tardives qui ont porté préjudice aux usagers concernés.

Selon des travaux de recherche, la réticence des membres de l'équipe à faire part de leurs préoccupations à leur supérieur, soit parce qu'ils ne sont pas sûrs d'eux, soit parce qu'ils sont victimes d'intimidation, notamment en raison du comportement perturbateur d'un médecin (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011), est à l'origine d'une mauvaise communication interprofessionnelle. Ce problème est souvent associé à la culture de hiérarchie et du milieu de travail en place; c'est pourquoi bon nombre des projets liés à la sécurité des usagères des unités d'obstétrique qui sont axés sur le travail d'équipe accordent une importance particulière à l'instauration d'une culture de sécurité (Simpson, Knox, Martin, George et Watson, 2011; Milne, Walker, Vlahaki, 2013).

Recommandations visant l'amélioration

- Communiquer suffisamment de renseignements aux autres membres de l'équipe afin de favoriser une excellente conscience de la situation, notamment de l'état de l'usagère et de son évolution.
- Mettre en place un outil de communication normalisé pour les consultations et les transferts de soins.
- Utiliser au sein de l'équipe des stratégies qui permettent de transmettre ses préoccupations cliniques à l'échelon supérieur.
- Signaler clairement toute préoccupation clinique et toute préoccupation relative à une anomalie persistante de la FCF, de manière à souligner la nécessité pour les membres de l'équipe concernés d'être présents au bon moment ou de procéder à l'accouchement dans les délais appropriés.
- Proposer des formations par simulation et des exercices visant à favoriser au sein de l'équipe une conscience situationnelle commune, une communication efficace et des interventions concertées en cas de crise.
- Instaurer une culture de sécurité en favorisant des stratégies de communication fondées sur la transparence et le respect.

Absence de procédure ou incapacité de suivre une procédure et autres problèmes systémiques

Selon les données de l'ACPM, l'absence de procédure et le fait que les cliniciens ne respectent pas les procédures et les guides de pratique clinique ont été mis en cause dans des dossiers concernant des problèmes liés à des accouchements vaginaux assistés, au déclenchement ou à l'accélération du travail, et à la surveillance fœtale. Ces lacunes concernaient par exemple des protocoles non normalisés relatifs à l'administration des médicaments, à la surveillance, à la conduite à tenir en fonction de la réponse de la mère ou du fœtus à l'administration d'ocytocine, ou à la surveillance des femmes qui présentent des facteurs de risque, comme celles qui tentent un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC).

Les autres problèmes systémiques qui ont été mis en évidence sont le manque de ressources (matérielles et humaines), le manque de familiarité avec l'équipement ou des procédures, le fait que les rôles et les responsabilités ne sont pas établis clairement (p. ex. désignation du médecin principal), les protocoles relatifs aux gardes et une supervision inadéquate des subalternes.

Recommandations visant l'amélioration

- Définir clairement le rôle et l'imputabilité de chacun des membres de l'équipe afin d'optimiser la permanence des soins et la capacité d'adaptation de l'équipe.
- Se doter de politiques et de procédures adéquates pour surveiller le bien-être de la mère et du fœtus. Intégrer les directives d'aide à la prise de décisions au plan de cheminement des usagères. Évaluer régulièrement dans quelle mesure les politiques et les procédures sont respectées ainsi que le degré d'amélioration à ce chapitre.
- Analyser et passer en revue les guides de pratique clinique et les politiques connexes avec l'équipe, en particulier ceux qui portent sur les situations et les médicaments à haut risque. Réduire les variations injustifiées de la qualité de la prestation des soins.
- Veiller à ce que l'équipe dispose de tout le matériel nécessaire, que celui-ci soit en état de marche et que les cliniciens sachent l'utiliser.
- Déterminer s'il est nécessaire d'établir un plan de rechange avant d'entreprendre une extraction instrumentale.
- Se doter de politiques claires en matière d'interprétation et de prise en charge des tracés de FCF atypiques ou anormaux.
- Favoriser des évaluations et des mises à jour régulières des politiques et des compétences connexes

Processus d'obtention du consentement éclairé inadéquat

Dans de nombreux dossiers, les experts ont insisté sur le fait que les discussions avec l'usagère quant aux risques associés à certaines interventions ou à certaines méthodes d'accouchement n'étaient pas assez approfondies. Par exemple, ils ont souvent constaté dans les cas d'AVAC catastrophiques que lors des discussions visant l'obtention du consentement, les mères n'avaient pas été bien informées des préjudices que leur fœtus ou elles-mêmes pouvaient subir par suite d'une rupture utérine durant le déclenchement ou l'accélération du travail.

Recommandations visant l'amélioration

- Décrire à chaque usagère, avant l'accouchement, les options qui sont envisageables dans son cas pour ce qui est du travail et de l'accouchement et envisager la possibilité d'événements inattendus susceptibles de nécessiter des interventions urgentes ou très urgentes.
- Adapter la discussion sur les risques en fonction des troubles préexistants de l'usagère et prendre le temps qu'il faut pour répondre aux questions de celle-ci.
- Informer l'usagère du rôle des autres professionnels de la santé, y compris les stagiaires, qui pourraient participer à sa prise en charge.
- Veiller à consigner clairement par écrit dans le dossier médical de l'usagère toute discussion visant l'obtention d'un consentement.

Dossiers médicaux incomplets

Il est difficile pour les experts de comprendre les soins et les décisions cliniques qu'ils sont chargés d'examiner et de plaider en faveur de ceux-ci lorsque le dossier médical est incomplet. Les éléments d'information qui manquaient aux dossiers comprenaient les résultats des évaluations prénatales (antécédents obstétricaux, comorbidités de la mère ou biométrie fœtale), les plans d'accouchement (interventions, césarienne non urgente) et les discussions personnalisées relatives aux risques. L'un des principaux problèmes relevés tient au fait que les renseignements sur le travail et l'accouchement (p. ex. position du fœtus) ne sont pas consignés au dossier médical ou qu'ils sont pris en note tardivement; c'est d'autant plus vrai dans le cas des manœuvres effectuées en présence d'une dystocie de l'épaule. L'absence de toute trace écrite des discussions avec l'usagère s'est également révélée problématique.

Recommandations visant l'amélioration

- Veiller à ce que les dossiers et les résultats d'examen soient à jour et mis à la disposition de tous les membres de l'équipe de soins obstétricaux.
- Consigner soigneusement dans le dossier médical le contenu de toutes les discussions avec l'usagère.
- Envisager l'utilisation d'un modèle normalisé (p. ex. liste de vérification) pour faciliter la consignation des renseignements importants sur l'accouchement dans le dossier.
- Envisager après un accouchement difficile de faire un bilan sur le déroulement de celui-ci en équipe.
- S'efforcer de noter systématiquement et avec précision la séquence et la chronologie des événements dans le dossier médical.

Le programme AMPRO^{OB} de la Corporation Salus Global – Instauration d'un changement de culture durable

En 2001, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a mis sur pied le programme AMPRO^{OB} (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), une approche globale de la sécurité des usagers qui se veut un vecteur de changement durable dans la culture des unités d'obstétrique (Ruiter et Cameron, 2016). Agissant sur la base d'un centre d'intérêt commun, soit l'amélioration de la sécurité des usagers, la SOGC et l'HIROC ont fondé la Corporation Salus Global en 2007 dans le but d'effectuer des recherches sur les stratégies d'amélioration de la sécurité, d'en élaborer et de mettre en œuvre le programme AMPRO^{OB}. En 2015, la Corporation Salus Global est devenue le premier prestataire de services de formation interprofessionnelle du Canada à recevoir un agrément conjoint¹⁴.

Le programme AMPRO^{OB} vise à réduire les erreurs et les risques obstétricaux en intégrant à la pratique obstétricale les enseignements tirés de la gestion des risques et des incidents préjudiciables au sein de l'industrie et des structures organisationnelles à haute fiabilité, et à promouvoir une culture de sécurité des usagers. Il s'agit d'une stratégie de prise en charge des femmes enceintes innovatrice qui s'appuie sur des outils de formation interprofessionnelle à jour fondés sur des données probantes, sur l'analyse des événements normaux et des événements anormaux, sur l'utilisation d'exercices pratiques destinés au maintien des compétences et sur des simulations, en vue de privilégier le travail d'équipe, une communication efficace et un changement de culture. Ce programme réunit tous les professionnels de la santé de l'unité d'obstétrique dans le cadre d'activités de formation interprofessionnelle centrées sur le travail d'équipe qui tirent parti de l'appropriation de la nouvelle approche par le personnel de première ligne et contribuent ainsi à la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes qui sont adaptées aux besoins de l'unité et auxquelles adhèrent tous les membres de celle-ci. Qui plus est, le programme AMPRO^{OB} fournit aux participants des processus et des méthodes qui éliminent la culture du blâme au sein des hôpitaux.

¹⁴Cette distinction est décernée par trois chefs de file mondiaux en matière d'agrément, à savoir l'Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), l'Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE) et l'American Nurses Credentialing Center (ANCC).

Interventions ciblées visant à réduire le taux de césarienne

Le Markham Stouffville Hospital s'est donné pour objectif de réduire le taux de césarienne de 5 % – et il est parvenu à surpasser ses propres attentes en ayant recours à des interventions ciblées. Ces interventions consistaient entre autres à organiser des séances éducatives en groupe pour les femmes enceintes qui avaient des antécédents de césarienne, à dispenser des soins de soutien durant le travail, à diffuser régulièrement les taux de césarienne, d'AVAC et de déclenchement du travail à l'échelle individuelle et à l'échelle des catégories professionnelles, et à mettre à jour les politiques et les procédures relatives aux cas de déclenchement du travail qui ne sont pas indiqués d'un point de vue médical. L'équipe est convaincue qu'il est possible de reproduire de tels résultats au sein d'autres unités en adoptant comme elle une stratégie qui consiste à stratifier les données, à cibler les principaux facteurs qui contribuent à un taux élevé de césarienne et à se servir des meilleures données probantes pour orienter les pratiques et les inscrire dans la durée. Cette étude de cas est décrite en détail à l'annexe E.

Depuis 2002, 317 hôpitaux canadiens ont mis en œuvre une stratégie de gestion des risques obstétricaux globale et multidisciplinaire en participant au programme AMPRO^{OB}, qui est également utilisé aux États-Unis depuis 2005. Dans le cadre de ce programme, Salus Global s'allie à des équipes interprofessionnelles de soins obstétricaux afin d'améliorer la qualité de leur travail d'équipe au sein même de leur milieu de pratique.

Les évaluations qui sont effectuées au début de la participation au programme AMPRO^{OB} portent principalement sur la culture en place dans l'unité, les lacunes dans les connaissances à l'échelle interprofessionnelle et à l'échelle intraprofessionnelle, les indicateurs de rendement clés et les taux de satisfaction des usagers. En travaillant ensemble et en suivant des formations communes sur des problèmes propres à leur unité, et ce, au sein même de leur milieu de pratique, les membres de l'équipe de soins obstétricaux opèrent des changements utiles qui renforcent l'appropriation de la nouvelle approche par le personnel de première ligne et le degré de participation à tous les aspects de celle-ci. Ce programme permet ainsi d'inculquer aux équipes de soins obstétricaux les connaissances, les compétences, les attitudes, les pratiques et les comportements communs propices à l'instauration d'une culture de sécurité et d'amélioration continue de la qualité susceptible d'être maintenue à long terme. Les évaluations de suivi qui sont effectuées par la suite à des intervalles prédéfinis mettent en évidence les progrès réalisés. Pour obtenir un complément d'information sur le programme, visitez le site salusglobal.com.

La section qui suit décrit sommairement dans quelle mesure le programme AMPRO^{OB} aide les équipes interprofessionnelles à améliorer la qualité et la sécurité des soins obstétricaux qu'elles dispensent.

Résultats

La mise en application des connaissances, l'utilisation d'outils liés à la sécurité des usagers qui sont fondés sur des données probantes et l'amélioration de la culture de sécurité des usagers contribuent à l'obtention de meilleurs résultats. Les données sur les résultats du programme AMPRO^{OB} qui sont présentées dans la section qui suit sont tirées de l'analyse du milieu effectuée par le programme AMPRO^{OB}, d'études menées par des tiers et évaluées par les pairs, et du corpus de données de l'HIROC

Réduction du nombre d'interventions et amélioration des issues maternelles et néonatales

La stratégie qui consiste dans un premier temps à réduire les risques et dans un deuxième temps à établir un diagnostic précoce et à intervenir rapidement lorsque le risque se manifeste est associée à une amélioration des résultats chez la mère. Plus particulièrement, on a observé les améliorations suivantes :

- Réduction de 55 % des déclenchements inappropriés en cas de dépassement de terme (n = 189 983)
- Augmentation de 11 % du taux d'accouchements vaginaux spontanés normaux (n = 247 767)
- Réduction de 47 % de l'utilisation combinée de forceps et d'une ventouse lors des accouchements vaginaux instrumentaux
- Réduction de 12 % du taux de césarienne (n = 335 200)
- Tendance à la baisse de la probabilité d'hémorragie post-partum (Ruiter, Senikas et Renouf, 2015)
- Réduction de 22 % des déchirures du 3^e ou du 4^e degré
- Réduction de 12 % des sorties après plus de 48 heures d'hospitalisation (Frick et coll., 2009)

Les réductions des interventions maternelles énumérées ci-dessus ont été associées à une amélioration des résultats des nouveau-nés :

- Réduction de 50 % du nombre de nourrissons ayant un indice d'Apgar¹⁵ \leq 5 cinq minutes après la naissance
- Réduction de 77 % du nombre de nourrissons orientés en unités de soins intensifs néonataux (USIN) à l'issue de grossesses à faible risque et d'accouchements non urgents (n = 111 829)
- Réduction de 31 % du nombre de nourrissons placés sous ventilation
- Réduction de 24 % du taux de morbidité infantile grave¹⁶
- Réduction de 33 % du taux d'encéphalopathie hypoxique ischémique
- Réduction de 18 % de la mortalité infantile

Réduction du coût des réclamations

L'HIROC a analysé les données de 26 hôpitaux qui participent au programme AMPRO^{OB} (et qui ont été choisis en fonction de la maturité de leurs données). La comparaison des données obtenues au cours des cinq ans qui ont précédé l'adoption de l'approche AMPRO^{OB} et des données obtenues au cours des cinq ans qui ont suivi celle-ci a révélé une réduction du coût des réclamations. Plus précisément, au cours des 15 dernières années, cette approche a donné les résultats suivants¹⁷ :

- Le nombre de naissances est passé de 78 306 à 84 895 dans le groupe d'unités à l'étude, ce qui représente une hausse de 8 %.

¹⁵L'indice d'Apgar est un outil d'évaluation de signes observables chez le nouveau-né, qui est largement reconnu comme étant évocateur du bien-être de celui-ci. Il est compris entre 0 et 10, 10 étant le meilleur indice possible.

¹⁶La morbidité infantile grave est un indice qui porte sur divers états pathologiques, notamment la détresse respiratoire; la septicémie bactérienne; l'omphalite; les hémorragies cérébrales, intraventriculaires ou sous-arachnoïdiennes attribuables à des lésions obstétricales; et les hémorragies intracrâniennes non traumatiques.

¹⁷D'après une analyse des données sur les fautes professionnelles recueillies avant et après la mise en place du programme AMPRO^{OB}.

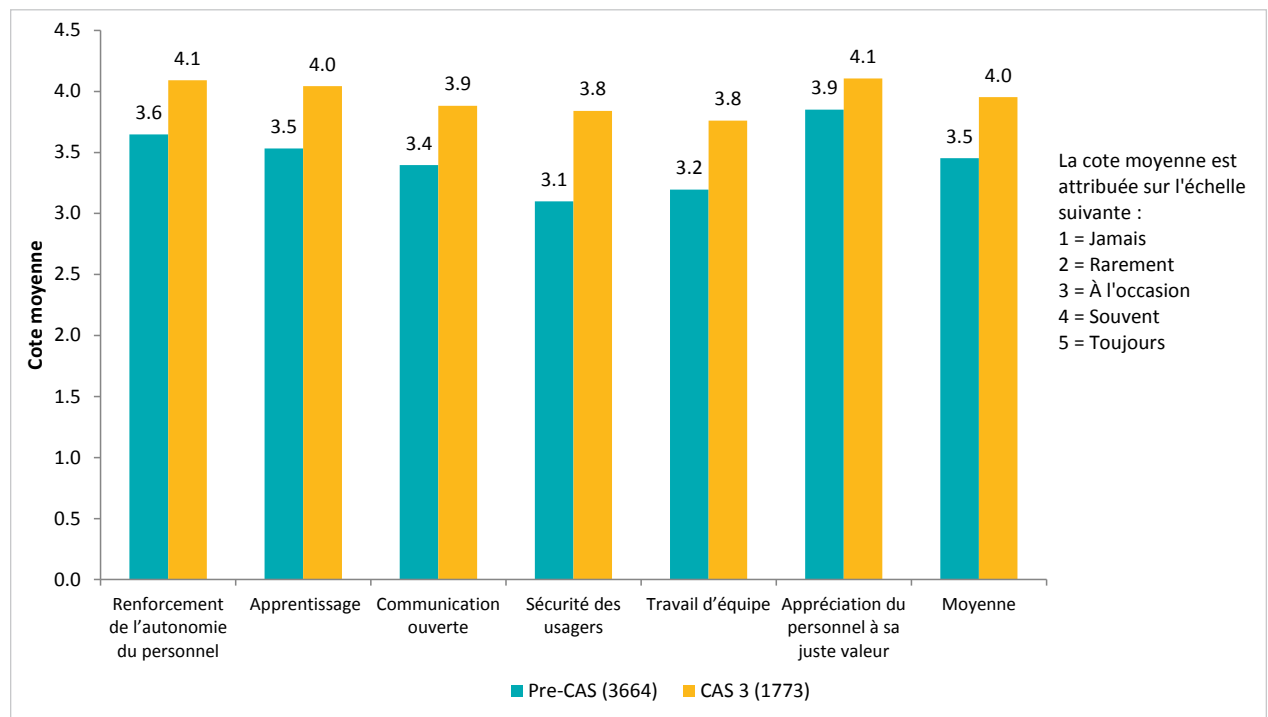
- Le coût des réclamations importantes¹⁸ présentées à l'HIROC a diminué au sein du groupe d'unités à l'étude (il est passé de 137 à 89 millions de dollars), alors qu'il a augmenté au sein des autres unités des hôpitaux concernés.
- Selon les tendances établies, le coût des réclamations par naissance a diminué de 40 % au sein du groupe d'unités à l'étude : il est passé de 350 à 210 \$ par naissance.

Le sondage d'évaluation de la culture réalisé au sein des unités

Étant donné que bon nombre des risques mis en évidence dans le présent rapport peuvent être liés à la culture en place dans les unités, il apparaît nécessaire d'accorder la plus haute importance à cette dernière. Le sondage d'évaluation de la culture (SEC), qui a été validé et qui est réalisé au sein des unités, est l'un des outils d'évaluation du programme AMPRO^{OB}. Il porte sur les éléments qui sont essentiels au bon fonctionnement d'un organisme à haute fiabilité (Milne et coll., 2010). Il est réalisé au début du programme et, par la suite, à des intervalles prédéfinis. Les résultats de ce sondage révèlent qu'une participation prolongée au programme AMPRO^{OB} est associée à une amélioration de tous les aspects de la culture nécessaires pour créer une unité périnatale à haute fiabilité et en assurer le bon fonctionnement à long terme. Il ressort d'une récente analyse des données de l'HIROC qu'une interruption de la participation au programme AMPRO^{OB} se traduit par une augmentation du coût des litiges par naissance (Graves et Montgomery, 2016).

La figure 4 illustre l'amélioration de la culture observée au cours des trois ans qui se sont écoulés entre le début et la fin de la participation au programme au sein d'une récente cohorte de 65 hôpitaux. La différence entre les nombres de sondages réalisés est en partie attribuable au fait que certains hôpitaux n'ont pas encore terminé le cycle de participation de trois ans

Figure 4 : Amélioration de la cote relative à la culture entre le sondage d'évaluation de la culture (SEC) initial et celui réalisé au bout de trois ans



¹⁸Par « réclamations importantes », on entendait celles qui se chiffraient à plus de 500 000 \$.

L'annexe D fournit un complément d'information sur l'importance de la culture au sein des organismes de soins de santé.

ÉTUDES DE CAS

Mise en œuvre du programme AMPRO^{OB}

Markham Stouffville Hospital (Ontario)

La participation au programme AMPRO^{OB} a entraîné une diminution du taux de césarienne. La collecte et l'analyse de données sont à la base des interventions de réduction mises en place. Il s'agit en outre d'une pratique exemplaire d'Agrément Canada (voir la description détaillée à l'annexe E).

Kehewin Health Centre (Alberta)

On a mis en place un modèle de prestation des soins commun destiné à améliorer les soins prénataux prodigués aux femmes des Premières Nations, qui préconisait entre autres d'accroître la participation active de ces dernières. Cette initiative a été associée à une diminution du taux de césarienne et à une hausse du nombre de visites durant la période post-partum.

Grey Nuns (Alberta)

Les ateliers de simulation ont contribué à améliorer la communication et la collaboration entre membres du personnel, médecins et anesthésistes.

Administration des services de santé et des services sociaux de Beaufort-Delta (Territoires de Nord-Ouest)

La mise en place d'une stratégie de communication structurée a amélioré la qualité des soins prénataux (description détaillée à l'annexe E).

Hôpital régional de Windsor (Ontario)

Trois changements apportés à la pratique ont amélioré les relations et la communication interprofessionnelles.

Principaux points à retenir et perspectives d'avenir

S'il est vrai que les soins obstétricaux qui sont fournis au Canada sont de haute qualité, il n'en demeure pas moins que l'on déplore encore des incidents liés à la sécurité des usagers. Les répercussions de tels incidents sur les nourrissons, les mères et les familles peuvent être graves; il convient de souligner à ce propos que ce sont les nourrissons qui subissent les préjudices les plus importants. On a constaté qu'il existe une forte corrélation entre les principaux risques et les principaux aspects des soins obstétricaux à améliorer :

- Surveillance et interprétation de la FCF et interventions réalisées en conséquence
- Déclenchement et accélération du travail (c.-à-d. administration d'ocytocine par voie intraveineuse)
- Moment choisi pour pratiquer une césarienne et ressources disponibles
- Prise en charge des cas de dystocie de l'épaule
- Accouchement vaginal assisté (par forceps ou par ventouse)

Trois autres problèmes ont également été mis en cause : une communication inefficace entre les membres de l'équipe (les professionnels ne font pas part de leurs préoccupations à leur supérieur), la non-utilisation de lignes directrices et de protocoles normalisés relatifs aux soins obstétricaux, et d'importantes lacunes en matière de consignation des données cliniques.

Les membres d'une équipe de soins obstétricaux qui se mobilisent autour d'objectifs, de connaissances et de processus communs sont en mesure d'améliorer la sécurité des usagers. Par conséquent, le personnel d'encadrement des organismes de soins de santé et les équipes de soins interdisciplinaires doivent continuer à se fixer comme objectif prioritaire l'amélioration continue des soins obstétricaux afin de favoriser :

- une culture de sécurité;
- un travail d'équipe et une communication efficaces;
- une mise en œuvre sérieuse de politiques et de processus normalisés relatifs aux soins;
- l'évaluation et la surveillance de l'efficacité et de la sécurité des services et du degré d'acuité avec lequel ils sont centrés sur les usagers.

Perspectives d'avenir

Les efforts déployés par Agrément Canada pour identifier les nouveaux risques en matière de qualité et de sécurité jouent un rôle prépondérant dans la stratégie d'amélioration continue du Programme d'agrément Qmentum. Récemment, Agrément Canada a apporté d'importantes modifications à toutes ses normes en vue de renforcer et d'élargir la place accordée aux soins centrés sur l'utilisateur et la famille au sein de celles-ci. Ces révisions sont évaluées au cours des visites d'agrément depuis janvier 2016. Elles reflètent la nécessité de faire participer activement les usagers et les familles au processus de soins et favorisent un tel engagement de leur part. Les normes d'Agrément Canada font désormais état des éléments relatifs à la participation et à la collaboration des usagers qui favorisent les meilleures pratiques.

En outre, Agrément Canada a mis ses normes à jour en y intégrant des critères d'évaluation de l'amélioration de la qualité qui indiquent la marche à suivre pour utiliser les indicateurs correctement. Ces mises à jour, qui sont évaluées au cours des visites d'agrément depuis janvier 2016, aident les organismes à cerner les possibilités d'amélioration de la qualité et à choisir les indicateurs appropriés pour évaluer les résultats de leurs activités. Le programme

AMPRO^{OB} procède cette année à une expérience pilote sur une stratégie visant à favoriser l'application de ces nouvelles normes.

L'HIROC continue de perfectionner sa stratégie de transfert de connaissances en vue de fournir aux autorités sanitaires ou CISSS et CIUSSS, aux unités d'obstétrique et aux équipes de soins obstétricaux des outils et des ressources ciblés et fondés sur des données probantes. Il est dorénavant possible de se procurer sur le site hiroc.com les versions révisées de la feuille d'évaluation du niveau de risque (*Risk Ranking Sheet*) et de la feuille de référence sur les risques (*Risk Reference Sheet*), qui rendent compte de l'évolution des réclamations de nature médico-légale et des pratiques fondées sur les données probantes. En 2016, plus de 80 autorités sanitaires ou CISSS et CIUSSS ont entamé leur deuxième cycle de participation au projet de la liste de vérification pour l'évaluation des risques, qui durera trois ans.

L'ACPM est en train de monter un programme de formation ciblée en obstétrique en collaboration avec d'autres parties prenantes, dans le but de réduire encore plus les préjudices évitables chez les mères et les nouveau-nés. Un projet pilote en ce sens a été mis en route cette année, et le programme devrait être mis en œuvre à l'échelle pancanadienne. Non seulement ce curriculum interprofessionnel vise à informer les unités d'obstétrique des principaux risques, mais il met en plus l'accent sur la nécessité de disposer d'un processus de prise de décisions fiable, la communication au sein de l'équipe, les problèmes systémiques, le consentement éclairé, la consignation de renseignements et les processus d'amélioration de la qualité.

Enfin, les prestataires de soins obstétricaux peuvent mettre à profit les solutions proposées par la Corporation Salus Global pour améliorer l'efficacité des équipes de soins de santé. Grâce à ces solutions, les équipes et les organismes qui fournissent des services d'obstétrique peuvent atteindre les objectifs suivants : prestations de services encore plus centrés sur les usagers collaboration interprofessionnelle (notamment réduction des incidents préjudiciables), amélioration du rendement et obtention de résultats positifs.

S'il apparaît clairement qu'il est possible de tirer des enseignements des erreurs commises par le passé, il est tout aussi vital de comprendre les raisons pour lesquelles certaines stratégies se sont avérées efficaces afin de s'en inspirer. Ce concept, selon lequel il faut trouver un compromis entre production et sécurité, est appelé *production safety* en ingénierie de la résilience. Il appartient à chaque équipe de soins de trouver un juste équilibre entre cette nouvelle façon de faire et les stratégies habituelles. L'atteinte de cet équilibre est l'un des principes fondamentaux qui sous-tendent le programme AMPRO^{OB}

Résumé

Certes les autorités sanitaires ou CISSS et CIUSSS, les équipes de soins et les professionnels de la santé canadiens s'efforcent d'améliorer les résultats des mères et des nouveau-nés, mais il y a encore largement matière à amélioration. Il convient notamment de prendre certaines mesures à l'échelle du système et à l'échelle des équipes qui dispensent des soins directs aux usagers pour réduire les incidents préjudiciables évitables chez les fœtus, les nourrissons et les mères. Il est crucial d'adopter une stratégie collective axée sur la sécurité des usagers des unités d'obstétrique, y compris des processus de soins fiables fondés sur des données probantes.

Le présent rapport démontre à quel point l'établissement de rapports conjoints et les échanges d'information peuvent s'avérer utiles pour mettre en évidence les résultats positifs obtenus en obstétrique et accorder la priorité aux éléments qui méritent d'être améliorés. Se souvenir des stratégies qui se sont avérées efficaces, savoir les réutiliser et prendre les mesures qui s'imposent à la lumière des possibilités d'amélioration qui ont été cernées – voilà autant de facteurs qui sont susceptibles non seulement de réduire le coût élevé des erreurs et des incidents liés à la sécurité des usagers, mais surtout de servir les intérêts des nourrissons, des mères et des familles.

Références

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (octobre 2011). Disruptive behavior. Committee Opinion Number 508. Disponible au <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Disruptive-Behavior>.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014). BDCP et BDMH Taux d'hospitalisation, durée moyenne du séjour, 10 principales causes d'hospitalisations et de chirurgies avec hospitalisation, et nouveau-nés nés à l'hôpital, 2013-2014. Disponible au <https://www.cihi.ca/fr/types-de-soins/soins-hospitaliers/bdcp-et-bdmh-taux-dhospitalisation-duree-moyenne-du-sejour-10>.
- Choudry, Ifte. (n.d.) . Texas A & M University. Disponible au <https://www.tamu.edu/faculty/choudhury/culture.html>. Ce lien vous mène vers un texte donnant quelques définitions du terme culture.
- Frick, C., T. Nguyen, P. Jacobs, R. Sauve, M. Wanke et A. Hense (juin 2009). Outcomes following province-wide implementation of the Managing Obstetrical Risk Efficiently (MORE^{OB}) Program in Alberta. Affiche présentée lors de la conférence clinique et scientifique annuelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, à Halifax, en Nouvelle-Écosse.
- Gittell, J. H. (2009). High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. New York : McGraw-Hill; 2009.
- Graves, E. et N. Montgomery (2016). Average cost savings of the MORE^{OB} Program. Document non publié.
- Hollnagel, E. (2014). Safety-I and safety-II: The past and future of safety management. Farnham, UK: Ashgate.
- The Joint Commission. (juillet 2004). Sentinel event alert, Issue 30. Disponible au http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_30.PDF.
- Levtzion-Korach, O., A. Frankel, H. Alcalai, C. Keohane, J. Oray, E. Graydon-Baker, D. W. Bates (2010). Integrating incident data from five reporting systems to assess patient safety: Making sense of the elephant. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 36, n° 9, p. 402-10.
- Milne, J. K., N. Bendaly, L. Bendaly, J. Worsley, J. Fitzgerald et J. Nisker (2010). A measurement tool to assess culture change regarding patient safety in hospital obstetrical units. *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada*, vol. 32, n° 6, p. 590-7.
- Milne, J. K., D. E. Walker et D. Vlahaki (2013). Reflections on the Canadian MOREOB obstetrical risk management programme. *Best Practice & Research : Clinical Obstetrics & Gynaecology*, vol. 27, n° 4, p. 563-9.
- Morath, J. et J. Turnbull (2005). To do no harm : Ensuring patient safety in health care organizations. San Francisco : Jossey-Bass.
- Ruiter, J. et C. Cameron (2016). Birth models that nurture cooperation between professionals: Pizza and other keys to disarmament. Dans Daviss, B. et R. Davis-Floyd (éditeurs), *Birth models*

on the edge : Finding solutions to global controversies. Berkeley and London: University of California Press. Article faisant l'objet d'une demande de publication.

Ruiter, J., V. Senikas et L. Renouf (2015). Trends in postpartum hemorrhage during implementation of an educational and culture change program. Article non publié.

Simpson, K.R., G. E. Knox, M. Martin, C. George et S. R. Watson (2011). Michigan Health & Hospital Association Keystone Obstetrics: A statewide collaborative for perinatal patient safety in Michigan. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*, vol. 37, n° 12 p. 544-52.

Statistique Canada. (2015). Naissances, estimations, par province et territoire. Disponible au <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/demo04a-fra.htm>.

Thomas, E. et L. Petersen (2003). Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, n° 1, p. 61-7.

Vincent, C., C. Davy, A. Esmail, G. Neale, M. Elstein, J. F. Cozens et K. Walshe (2006). Learning from litigation. The role of claims analysis in patient safety. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 12, n° 6, p. 665-74.

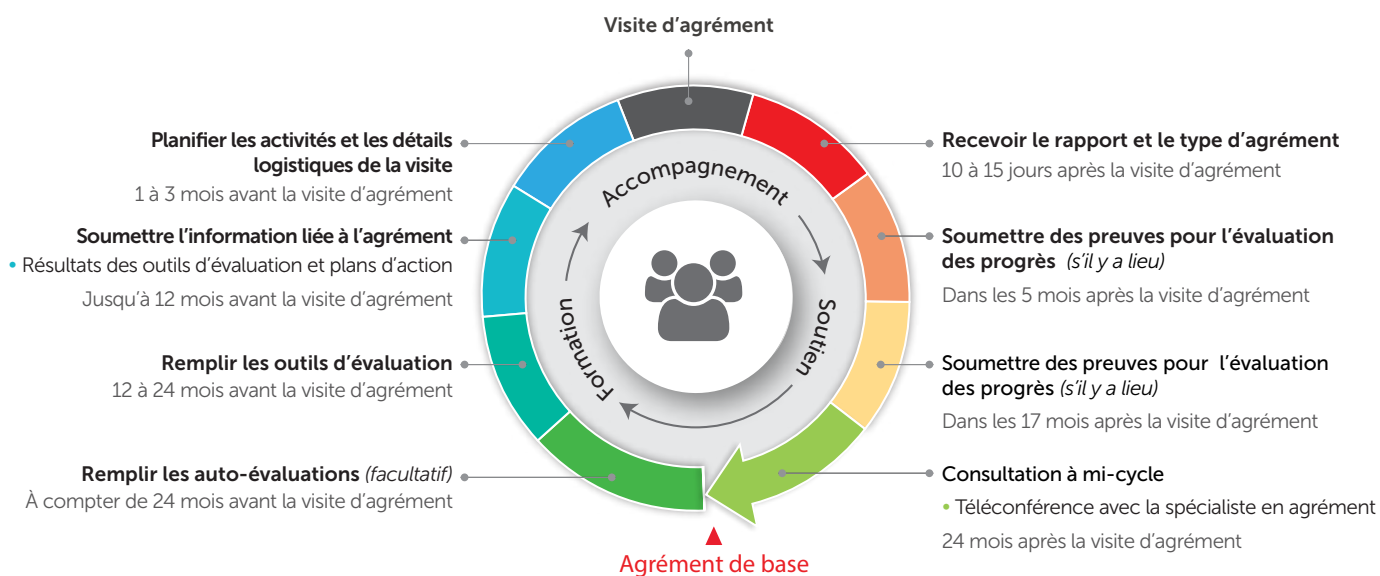
Vaughan, D. (1996). *The Challenger launch decision: Risky technology, culture, and deviance at NASA*. Chicago : University of Chicago Press.

Annexe A – Le programme Qmentum d'Agrément Canada

Le programme Qmentum comprend des normes exhaustives, un plan de visite individualisé, un processus d'auto-évaluation et de visite d'agrément approfondi, ainsi que des rapports d'agrément détaillés qui mettent en évidence les points forts et les possibilités d'amélioration.

Les visiteurs d'Agrément Canada sont des professionnels du système de santé (c.-à-d. des pairs), qui ont reçu la formation nécessaire pour évaluer le rendement des organismes de soins de santé conformément au processus du programme Qmentum. Ces professionnels de la santé chevronnés (infirmières, médecins, administrateurs, chercheurs de laboratoire, pharmaciens et travailleurs sociaux, pour ne citer que ceux-là) exercent au sein d'organismes de soins de santé qui sont agréés par Agrément Canada. Durant la visite d'agrément, ils évaluent dans quelle mesure l'organisme de soins de santé concerné se conforme aux normes et ils s'appuient sur leur propre compréhension du programme Qmentum, sur leur expérience personnelle et sur leurs connaissances pour lui prodiguer des conseils quant aux possibilités d'amélioration et lui faire des recommandations à ce chapitre

Cycle d'agrément de quatre ans



Annexe B – Données sur les fautes médicales et les réclamations liées aux soins obstétricaux et néonataux de l'HIROC

Utilisation des données sur les réclamations : Les données sur les réclamations de nature médico-légale peuvent servir à améliorer la fiabilité, en ce sens qu'elles permettent de déceler d'importantes failles dans les processus de soins qui sont susceptibles de donner lieu à une action en justice, mais qui ne sont généralement pas mises en évidence par d'autres sources de données (Levtzion-Korach et coll., 2010). De plus, les dossiers de réclamation contiennent des éléments d'information qui permettent d'effectuer une analyse quantitative des incidents préjudiciables et qui se révèlent particulièrement utiles pour cerner les problèmes latents et les problèmes systémiques (Vincent et coll., 2006; Thomas et Petersen, 2003). Par exemple, l'analyse de données groupées sur les réclamations en anesthésiologie a mené à l'établissement de normes professionnelles qui ont rendu la surveillance par oxymétrie de pouls et la surveillance de la PCO₂ de fin d'expiration obligatoires en salle d'opération, et dont l'application a considérablement réduit les risques liés à l'anesthésie (Vincent et coll., 2006).

Limites de l'analyse des données sur les réclamations : Les limites de l'analyse des données sur les réclamations sont bien établies, en particulier lorsque cette analyse est menée au sein d'un seul organisme, auquel cas le nombre de réclamations est généralement faible. Parmi ces limites, citons les biais de sélection et les biais liés au faible nombre d'incidents (les données ne sont pas représentatives de l'ensemble des incidents préjudiciables), les biais rétrospectifs, et les données non normalisées (auquel cas il est difficile de procéder à la codification et à l'analyse en dehors du cadre d'une base de données groupées; Vincent et coll., 2006; Thomas, 2003).

Ce ne sont pas là les seules difficultés engendrées par l'utilisation des données sur les réclamations. D'abord, il peut s'écouler de nombreuses années entre la date de survenue de l'incident et le moment où l'on prend connaissance de la réclamation ou le moment où la réclamation est signalée. Autrement dit, les données sur les années précédentes sont susceptibles de changer (il est possible d'établir des prévisions actuarielles des réclamations qui n'ont pas encore été signalées et de les présenter sous la forme de données groupées; précisons que cette stratégie n'a pas été utilisée pour le présent rapport). Ensuite, le coût des réclamations évolue au fil du temps à mesure que l'on prend connaissance de nouveaux éléments d'information sur le préjudice subi et la causalité ou de l'opinion des experts à cet égard. Enfin se pose le problème de l'inflation judiciaire (augmentation des indemnisations pour les réclamations liées aux incidents les plus catastrophiques).

Préjudices néonataux et coût des réclamations : Les réclamations les plus préoccupantes en ce qui a trait au travail et à l'accouchement sont celles qui concernent une atteinte neurologique chez le nouveau-né, laquelle est généralement attribuable à une encéphalopathie hypoxique ischémique (privation d'oxygène avant la naissance qui est susceptible d'entraîner des lésions cérébrales), ou à un ictère nucléaire (atteinte cérébrale attribuable à une accumulation de bilirubine dans le cerveau après la naissance). Dans certains cas, les déficiences liées à ces atteintes neurologiques ne sont pas évidentes chez le nourrisson; c'est par la suite qu'on les décèle en constatant que l'enfant ne franchit pas les principales étapes du développement physique et cognitif.

Le coût des réclamations liées aux fautes médicales englobe les coûts associés à l'instruction et à la gestion de la réclamation (qui sont assurées par les experts, en assurances notamment, et les avocats) et le paiement des indemnités à la partie lésée ou au demandeur (souffrances et douleurs, dépenses engagées par le demandeur et perte de revenus, pertes familiales et coût des soins futurs). Précisons que c'est le coût des soins futurs qui explique le coût élevé des réclamations liées aux soins obstétricaux et néonataux. En effet, les lésions neurologiques subies par un nouveau-né peuvent avoir des séquelles permanentes et invalidantes. Par conséquent, en grandissant, ce dernier devra recevoir des soins médicaux et se faire aider pour mener à bien une partie ou la totalité des activités de la vie quotidienne. Dans certains cas, les soins devront être dispensés jour et nuit, et ce sont les parties défenderesses de la poursuite pour faute professionnelle qui sont tenues pour responsables qui devront assumer les coûts engendrés par ces soins.

Réclamations et instruction des réclamations : Le système de responsabilité médicale est la stratégie que la société a adoptée pour indemniser les parties lésées dans les cas qui remplissent un certain nombre de critères juridiques. Les réclamations d'ordre médico-légal sont instruites par des experts en assurances, des conseillers juridiques et des experts cliniciens chevronnés. Ces professionnels cherchent à déterminer si les soins qui ont été prodigués étaient conformes à une norme raisonnable (soit les mesures que prendraient la plupart des professionnels de la santé dans des circonstances similaires). La question de la causalité (soit la question de savoir si le non-respect présumé de la norme de soins a engendré ou causé la lésion subie ou encore si elle y a contribué matériellement) occupe également une place de premier plan dans l'instruction. Dans certains cas, l'enquête menée par les cliniciens experts révèle que les soins prodigués n'étaient pas conformes à la norme indiquée, qu'ils ont porté préjudice à un usager et qu'une indemnisation est justifiée. Dans d'autres, l'enquête peut démontrer que l'on n'aurait rien pu faire pour changer le cours des événements et que les soins dispensés n'ont pas contribué à la lésion subie par l'usager ou qu'ils n'en sont pas la cause. L'instruction des réclamations liées aux soins obstétricaux et néonataux peut s'avérer particulièrement problématique, parce qu'il est souvent difficile de déterminer à quel moment il y a eu anoxie ou lésion cérébrale, si celle-ci était évitable et qui aurait dû l'éviter, et si d'autres facteurs (maternels, placentaires ou génétiques) ont influé sur l'issue observée.

Étude de cas – Complexité des soins obstétricaux et risques liés à ces soins

Une femme enceinte dont le terme était dépassé s'est rendue deux fois à l'hôpital deux semaines avant son accouchement en raison de microrragies et d'une diminution des mouvements fœtaux. Lors de sa troisième visite, elle en était aux premiers stades du travail, et la surveillance de la FCF a été mise en route. Les infirmières se souviennent avoir discuté des anomalies du tracé de FCF avec l'obstétricien de garde une fois qu'elle a été transférée à l'unité d'obstétrique et elles ont déclaré que ce dernier est parti peu de temps après pour parer à une autre urgence obstétricale. Elles n'ont en aucun cas pris note de leurs discussions avec l'obstétricien. Les anomalies du tracé de la FCF ont été confirmées au retour de l'obstétricien et il a été décidé de pratiquer une césarienne d'urgence. Les indices d'Apgar obtenus par le nouveau-né une, cinq et 10 minutes après la naissance étaient faibles. On lui a diagnostiqué des lésions cérébrales graves, et il est mort cinq jours après sa naissance.

Les experts qui ont examiné le dossier de réclamation ont critiqué le fait que les infirmières n'ont pas cherché à faire part de leurs préoccupations à un autre médecin alors qu'elles n'avaient pas reçu de réponse satisfaisante de la part de l'obstétricien de garde. Par ailleurs, elles n'ont jamais consigné au dossier leurs interactions avec ce dernier. Les experts étaient d'avis que l'obstétricien de garde savait probablement que le tracé de la FCF était anormal

avant de prendre la femme enceinte en charge; cela dit, les infirmières ne se souvenaient plus des réponses ou des recommandations qu'il leur avait données.

Les experts ont également critiqué l'absence de plan de relève de deuxième recours en bonne et due forme pour la prise en charge de deux urgences obstétricales simultanées. Il leur est apparu que cette faille dans le système avait retardé la césarienne. Enfin, les experts ont critiqué l'absence de protocole de recours hiérarchique ou de protocole relatif à la chaîne de commandement visant à aider tout membre de l'équipe de soins à se faire entendre s'il a des préoccupations.

Annexe C – Études de cas de l'ACPM

Les exemples qui suivent mettent en évidence la complexité des dossiers obstétricaux et quelques-uns des principaux problèmes posés par ces derniers.

Étude de cas – Mauvaise communication au sein de l'équipe et piètre jugement clinique

Une femme qui en est à sa 37^e semaine de grossesse et qui présente un oligohydramnios (volume de liquide amniotique insuffisant) et des résultats anormaux à l'examen de réactivité fœtale est hospitalisée pour le déclenchement du travail. Elle est placée sous perfusion d'ocytocine après avoir reçu deux doses de dinoprostone. Les données de la surveillance fœtale électronique sont normales.

Le médecin procède à la rupture artificielle des membranes (le liquide est clair) et applique une électrode sur le cuir chevelu du fœtus. Une analgésie épidurale est mise en place après cinq heures de travail actif. Dans les 30 minutes qui suivent, le tracé de FCF révèle une diminution de la variabilité et des décélérations tardives répétées. Une heure plus tard, l'infirmière constate une hypertonie utérine associée à un relâchement utérin insuffisant entre les contractions; elle ne prend toutefois aucune disposition et continue à augmenter le débit de la perfusion.

Au cours des deux heures suivantes, elle observe trois décélérations tardives, une variabilité minimale et une tachycardie fœtale. Elle en informe le médecin, qui examine à distance une partie du tracé de FCF et lui demande de poursuivre le processus de déclenchement du travail. L'infirmière continue à augmenter le débit de la perfusion.

Le médecin se rend au chevet de l'usagère une heure plus tard et constate une variabilité minimale persistante sur le tracé de FCF. Le col est complètement dilaté, et on demande à la femme de commencer à pousser. Le moniteur indique des décélérations tardives qui vont en s'aggravant; le médecin n'est pas informé de la détérioration de l'état du fœtus. On augmente le débit de la perfusion d'ocytocine. Deux heures plus tard, un nourrisson flasque, qui nécessite une réanimation énergique, est expulsé spontanément. Il meurt deux jours plus tard à la suite de convulsions et d'une défaillance multiviscérale précoces. L'autopsie révèle d'importantes lésions cérébrales hypoxiques ischémiques.

Tous les experts consultés ont critiqué la mauvaise communication au sein de l'équipe concernant l'état du fœtus, la décision du médecin de ne pas se présenter au chevet de l'usagère et l'absence d'intervention en présence d'un tracé de FCF préoccupant. N'ayant pas reçu l'appui des experts, l'ACPM et l'hôpital ont conclu le dossier par une transaction partagée au nom du médecin et de l'infirmière, respectivement.

Étude de cas – Discussion inadéquate sur les risques et absence de notes sur la prise en charge d'une dystocie de l'épaule

Le travail est déclenché à 38 semaines chez une femme obèse de 28 ans atteinte de diabète gestationnel, car on soupçonne une macrosomie fœtale. Le travail progresse rapidement. Une fois que le col est complètement dilaté, l'infirmière fait appel à l'obstétricien, qui se présente rapidement au chevet de la femme. Il y a dystocie de l'épaule après l'expulsion de la tête. L'obstétricien demande à l'infirmière d'exécuter la manœuvre de McRoberts et d'appliquer une légère pression sus-pubienne. Il procède à une épisiotomie médiane, et un garçon de 4,945 kg (10 lb 14 oz) est mis au monde. Il s'est écoulé quatre minutes entre le dégagement de la tête et celui du corps du fœtus.

L'obstétricien est appelé au chevet d'une autre usagère et ne prend pas en note le déroulement de l'accouchement. L'examen révèle une flaccidité du bras gauche du nourrisson évocatrice d'une paralysie de Duchenne-Erb. Le nourrisson subit une greffe nerveuse en raison d'une lésion du plexus brachial qui entraîne une récupération partielle de la mobilité du bras gauche.

Une action en justice est intentée. Les pairs qui ont servi d'experts dans ce dossier soutiennent que l'obstétricien aurait dû informer l'usagère du risque de dystocie de l'épaule et lui expliquer les options de prise en charge à sa disposition, étant donné qu'on soupçonnait une macrosomie fœtale. Ils ont déclaré qu'en l'absence de notes précises dans le dossier, il est difficile de plaider en faveur des soins prodigués par l'obstétricien pour réduire la dystocie de l'épaule. Ne disposant pas de l'appui des experts, l'ACPM a conclu le dossier par une transaction au nom de l'obstétricien.

Annexe D – La culture

La culture est un mode de vie propre à un groupe de personnes, à savoir l'ensemble des croyances, des comportements, des valeurs et des symboles qui sont généralement acceptés inconsciemment par ces personnes et qui sont transmis d'une génération à l'autre par des moyens verbaux ou par imitation.

Professeur Ifte Choudhury, Texas A&M University, traduction libre

Les problèmes de communication et les problèmes relatifs au travail d'équipe sont souvent cités comme étant la cause profonde de incidents liés à la sécurité des usagers. Les stratégies de communication de piètre qualité découlent de relations professionnelles de piètre qualité (Gittell, 2009), qui sont liées quant à elles à la culture de l'organisme, tout comme le non-respect des politiques.

Les personnes qui travaillent ensemble au sein d'un même organisme partagent invariablement une culture commune qui assimile les nouveaux arrivants. Si cette culture est positive, ces nouveaux venus s'assimileront au sein d'un bon environnement; dans le cas contraire, ils risquent de vivre une expérience négative. Certaines expériences de groupe peuvent être à l'origine de situations dangereuses au sein d'une culture, comme celles qui ont été mises en évidence par l'enquête réalisée après la catastrophe de la navette Challenger. Ces expériences sont désignées collectivement par le terme « normalisation de la déviance ». Dans ce cas, les failles ou les risques que comportent certains processus ne sont pas reconnus comme tels ou leur gravité est minimisée, et c'est ainsi que de sérieuses lacunes s'enracinent profondément dans la culture du milieu de travail et finissent par être acceptées comme étant des situations normales (Morath, 2005). Au fil du temps, la qualité des normes techniques et professionnelles se détériore, et finalement c'est la sécurité de tous les sous-groupes de la culture qui est mise en péril, puisque les déviations sont normalisées et que la dégradation de la qualité des normes n'est pas sanctionnée (Vaughan, 1996).

C'est donc dire qu'il est peu probable que les résultats des interventions qui ne sont pas axées sur l'amélioration de la culture s'inscrivent dans la durée. C'est pourquoi l'amélioration de la culture, de la communication et du travail d'équipe fait partie intégrante de certaines interventions comme le programme AMPRO^{DB}. Les modules de formation en équipe de ce programme semblent a priori être centrés sur des activités qui ciblent les soins obstétricaux (l'importance accordée aux soins obstétricaux favorise la mobilisation), mais ils ont été conçus de façon à tirer parti de l'appropriation des nouveaux apprentissages par le personnel de première ligne et à améliorer la culture, la communication et le travail d'équipe. L'amélioration de ces trois volets renforce la mobilisation, si bien que les nouveaux arrivants sont intégrés à une culture positive. Il est donc plus probable que les stratégies de communication et de travail en équipe qui leur ont été inculquées durant leur formation soient acceptées et mises en pratique, ce qui contribue à maintenir à long terme les changements positifs qui ont été opérés.

Centrer ses efforts sur la résilience et les compromis à faire entre production et sécurité (Hollnagel, 2014) permet d'améliorer encore un peu plus la culture, la qualité et la sécurité, puisqu'il s'agit d'élever l'être humain au rang de ressource plutôt que de le considérer comme un handicap. Enfin, le renforcement de la capacité de l'équipe à opérer des changements se traduit rapidement par des résultats positifs, ce qui consolide la mobilisation et enclenche un cycle vertueux d'amélioration de la qualité et de la culture.

Annexe E – Études de cas du programme AMPRO^{OB}

Joanne Engram
Administration des services de
santé et des services sociaux
de Beaufort-Delta (Inuvik, T.-N.-O.)

Amélioration de la qualité et de l'uniformité des soins malgré un contexte marqué par la diversité culturelle, des conditions rigoureuses et des fluctuations des effectifs

L'équipe de soins de l'Hôpital régional d'Inuvik a mis sur pied une communauté de pratique dans le but d'offrir des soins prénataux complets, uniformes et sécuritaires et de corriger ainsi les lacunes qui persistaient en la matière. Les interventions étaient axées sur l'établissement d'une stratégie de communication structurée qui englobe tous les prestataires de soins obstétricaux de la région. La mise en place de tournées prénatales multidisciplinaires hebdomadaires, d'une table ronde pour discuter du suivi de chaque femme qui en est à sa 36^e semaine de grossesse et des risques auxquels celle-ci est exposée, et d'un processus de vérifications constantes du rendement a contribué à l'instauration d'une culture de sécurité qui a permis un élargissement de la gamme de soins obstétricaux dispensés aux femmes et aux nouveau-nés de la région et une amélioration de la sécurité de ces soins.

Contexte et présentation générale

Les 7 500 résidents de la région de Beaufort-Delta, qui est située dans les Territoires-du-Nord-Ouest, sont desservis par l'Administration des services de santé et des services sociaux de Beaufort-Delta (ASSSSBD). L'Hôpital régional d'Inuvik, qui offre des services de soins de courte durée, compte une unité de 14 lits pour les usagers hospitalisés, une unité de soins spéciaux de trois lits, quatre lits pour les chirurgies ambulatoires et une unité de soins obstétricaux de deux lits. Des soins sont dispensés jour et nuit par une équipe d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées. L'unité de soins de courte durée peut effectuer des épreuves diagnostiques sur place et elle a accès à des services de laboratoire sur place. Les usagers qui sont gravement malades ou grièvement blessés et qui nécessitent des soins intensifs plus poussés que ceux qui sont offerts par l'hôpital sont transférés à Yellowknife ou à Edmonton. Chaque année, on recense quelque 150 naissances à l'Hôpital régional d'Inuvik. L'équipe de soins primaires, qui a adopté une stratégie de prestation de services centrée sur l'utilisateur, s'efforce de prodiguer des soins compétents et de qualité fondés sur des données probantes. L'hôpital dispose de neuf postes de médecin à temps plein; un seul d'entre eux est occupé en permanence par un médecin. En fait, la proportion de suppléants au sein de l'effectif de médecins de l'ASSSSBD atteint 89 %.

Énoncé du problème

Les femmes enceintes des collectivités satellites et des collectivités les plus éloignées viennent à Inuvik à la 37^e semaine pour l'accouchement. Auparavant, le médecin de l'hôpital ne rencontrait les femmes qui ont une grossesse à faible risque qu'au moment de l'accouchement. L'équipe de base du programme AMPRO^{OB} a constaté qu'en raison de la fluctuation des effectifs de médecins susmentionnée, bon nombre des femmes enceintes qui se présentaient à l'unité des soins de courte durée en plein travail n'avaient pas reçu les soins prénataux usuels. Les objectifs du module 1 du programme n'étaient pas atteints, notamment ceux qui visent à obtenir rapidement des résultats positifs en mettant les professionnels de toutes les disciplines sur la même longueur d'onde grâce à un corpus de connaissances commun. Parmi les problèmes qui ont souvent été observés, citons le cas des femmes Rhésus négatif (Rh-) qui n'étaient pas traitées à la 28^e semaine, le manque d'exhaustivité dans la reconstitution des antécédents obstétricaux et les erreurs de datation – autant de lacunes qui accroissent les risques auxquels sont exposées la mère et le nouveau-né. Par ailleurs, comme le dépistage des streptocoques du groupe B était rarement effectué, l'administration d'antibiotiques se révélait inutile dans certains cas. Les médecins suppléants qui prodiguent les soins prénataux n'avaient pas de système de prise de notes ni de système de transfert de soins bien établis à leur disposition. Comme le programme AMPRO^{OB} favorise la communication ouverte, la confiance et le respect que se témoignent tous les membres de l'équipe se sont accrus, ce qui s'est traduit par une amélioration des résultats chez la mère et le nouveau-né et par une diminution du nombre d'incidents préjudiciables.

Objectif

L'équipe de base du programme AMPRO^{OB} souhaitait établir une stratégie de communication structurée afin d'encadrer les échanges entre les prestataires de soins obstétricaux au sujet des soins prénataux prodigués à l'ASSSSBD.

Plan

L'équipe de base du programme AMPRO^{OB} a rencontré le groupe de participants et les médecins suppléants en janvier 2011 afin de chercher ensemble des pistes de solutions pour offrir des soins prénataux complets, uniformes et sécuritaires et corriger ainsi les lacunes qui persistaient en la matière. Toutes les parties ont convenu que les professionnels chargés des soins prénataux devraient désormais suivre un processus structuré pour passer en revue tous les cas dont ils s'occupent. En étroite collaboration avec les directeurs médicaux, ils ont décidé de procéder à une revue hebdomadaire de toutes les grossesses qui en sont au moins à la 36^e semaine, ainsi que de toutes les grossesses dont on estime qu'elles sont à haut risque.

Les tournées prénatales multidisciplinaires ont été instaurées en février 2011 et améliorées par la suite. Le médecin responsable des soins obstétricaux se ménage une plage horaire le lundi matin pour examiner les dossiers médicaux de toutes les femmes enceintes inscrites sur la liste normalisée des visites prénatales et leur fixer des rendez-vous au cours de la semaine avec le médecin de garde responsable des soins obstétricaux. Tous les lundis et jeudis, les membres du personnel qui dispensent les soins prénataux (chef d'équipe pour les soins de courte durée et les urgences, chef des unités de soins infirmiers de l'hôpital, directeur médical, médecins responsables des soins obstétricaux suppléants, obstétricien-gynécologue itinérant, étudiants et résidents en médecine, infirmières praticiennes, nutritionniste prénatale, responsable des cliniques et du service d'anesthésiologie) prennent part à une table ronde sur les soins prénataux. Les discussions portent sur l'état de santé actuel des femmes concernées, notamment confirmation de la grossesse et méthode utilisée, détermination de

la gestité et de la parité, résultat du dépistage des streptocoques du groupe B, détermination du groupe Rhésus et traitement, détermination du groupe sanguin et dépistage d'anticorps, hémoglobiniémie (troisième trimestre), dépistage de la chlamydie et de la gonorrhée (troisième trimestre), indice de masse corporelle (IMC), facteurs de risque, date de la dernière visite en clinique, et tout autre antécédent médical ou psychosocial pertinent. Le médecin responsable des soins obstétricaux qui est présent cette semaine-là fait un compte rendu de l'état de chaque femme enceinte et des examens de suivi prévus, et l'équipe collaborative prépare activement un accouchement sécuritaire.

Tournées prénatales systématiques

Selon les principes du programme AMPRO^{OB}, lorsque les membres d'une équipe interprofessionnelle travaillent ensemble, ils forment une communauté de pratique. Ils ont un intérêt commun et comprennent que les techniques d'apprentissage réflexif favorisent l'acquisition de connaissances communes. En outre, tous les membres de l'équipe doivent se sentir autorisés à faire part à leurs collègues des problèmes qui sont susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur la sécurité des usagers et les soins qui leur sont prodigués. Dans cette perspective, le chef des unités de soins infirmiers de l'hôpital a tenu à souligner les préoccupations de l'équipe de base du programme AMPRO^{OB} à l'égard du manque d'uniformité des soins prénataux, qui, dans bien des cas, n'étaient pas conformes aux normes du programme, ainsi que le manque de communication entre les prestataires de soins prénataux et les directeurs médicaux. Il a présenté à la haute direction la solution proposée par l'équipe de base du programme AMPRO^{OB}, qui consistait à mettre en place des tournées prénatales systématiques. Cette proposition a été acceptée par la haute direction et le gestionnaire du risque et de la qualité.

Dans la foulée de cette approbation, l'équipe de base du programme AMPRO^{OB} a rencontré le groupe de participants et les médecins suppléants pour les informer de la solution proposée. Les participants ont joué un rôle essentiel dans la mise en œuvre de cette solution. Une fois par semaine, l'un des membres du groupe passe en revue les dossiers prénataux des cliniques de médecine familiale et ajoute chaque femme enceinte qui en est à sa 36^e semaine à la liste, en précisant ses antécédents médicaux et obstétricaux et tout autre renseignement pertinent. Le médecin responsable des soins obstétricaux examine à son tour les dossiers et présente le cas de chaque femme enceinte lors de la tournée obstétricale multidisciplinaire du lundi. L'équipe de base et les participants du programme AMPRO^{OB} ont porté cette initiative en se faisant les champions du changement. Ils ont souvent serré les rangs afin de maintenir le cap dans les premiers temps.

Les vérifications du rendement peuvent s'avérer utiles pour évaluer un programme et déterminer s'il remplit ses objectifs de manière efficace et efficiente. Le module 2 du programme AMPRO^{OB} a permis au personnel et à la direction de l'ASSSSBD de mieux comprendre les éléments fonctionnels de ce type de vérification. Les vérifications du rendement ont révélé qu'avant la mise en place des examens des dossiers prénataux, 25 % des femmes Rh- n'étaient pas traitées à la 28^e semaine conformément aux normes du programme AMPRO^{OB}. L'ASSSSBD est fière d'affirmer aujourd'hui que 100 % des femmes enceintes Rh- qu'elle prend en charge reçoivent les soins usuels. Les rapports des vérifications et les résultats positifs ont été présentés à ses parties prenantes, y compris Agrément Canada, aux centres de services spécialisés du territoire, au gestionnaire de la qualité et du risque, au grand public (dans le rapport annuel), à la haute direction et aux membres dévoués de l'unité d'obstétrique.

Les tournées prénatales multidisciplinaires bihebdomadaires sont désormais bien établies et l'équipe du programme AMPRO^{OB} a réussi à modifier la culture de l'unité, qui accorde désormais toute son importance à la communication et dont les membres défendent une position commune en connaissance de cause. Ces tournées ont amélioré les résultats thérapeutiques, notamment parce qu'elles ont permis de constater qu'il y avait de plus en plus de femmes enceintes avec un IMC supérieur à 45. À la lumière de cette observation, l'ASSSSBD a établi une directive qui préconise une consultation en anesthésiologie avant l'accouchement pour toutes les femmes concernées. Cette directive a favorisé le transfert d'une femme enceinte vers un centre tertiaire pour son accouchement. Elle a également permis à une autre femme enceinte qui avait une cardiopathie (tachycardie supraventriculaire traitée par le vérapamil) de bénéficier du soutien adéquat, en l'occurrence de la présence lors de l'accouchement de professionnels ayant reçu la formation nécessaire en réanimation néonatale et en réanimation cardio-respiratoire spécialisée. Enfin, il y a désormais des plans de soutien qui comprennent des programmes sociaux visant à faciliter la transition pour les usagers qui optent pour l'adoption. En somme, les avantages associés à la mise en œuvre du programme AMPRO^{OB} en matière d'amélioration des résultats thérapeutiques et de formation professionnelles sont innombrables.

Résumé

En conclusion, les sept membres de l'équipe de base et les dix participants du programme AMPRO^{OB} sont souvent aux prises avec des difficultés qui relèvent de la diversité culturelle, des conditions rigoureuses et des fluctuations des effectifs. Malgré tous ces obstacles, ils se fixent constamment des objectifs de plus en plus ambitieux en matière de soins et ils sont parvenus à créer une culture de sécurité évidente. Je suis fier de faire partie d'un tel groupe de leaders, de champions du changement et de défenseurs de la qualité des soins prodigués aux usagers.

Carol Cameron
Markham Stouffville Hospital
(Markham, Ontario)

Bousculer l'ordre établi – Faire évoluer des relations hiérarchiques qui se sont sclérosées et abaisser le taux élevé de césarienne

Le Markham Stouffville Hospital s'est donné pour objectif de réduire le taux de césarienne de 5 % – et il est parvenu à surpasser ses propres attentes en ayant recours à des interventions ciblées. Ces interventions consistaient entre autres à organiser des séances éducatives en groupe pour les femmes enceintes qui avaient des antécédents de césarienne, à dispenser des soins de soutien durant le travail, à diffuser régulièrement les taux de césarienne, d'AVAC et de déclenchement du travail à l'échelle individuelle et à l'échelle des catégories professionnelles, et à mettre à jour les politiques et les procédures relatives aux cas de déclenchement du travail qui ne sont pas indiqués d'un point de vue médical. L'équipe est convaincue qu'il est possible de reproduire de tels résultats au sein d'autres unités en adoptant comme elle une stratégie qui consiste à stratifier les données, à cibler les principaux facteurs qui contribuent à un taux élevé de césarienne et à se servir des meilleures données probantes pour orienter les pratiques et les inscrire dans la durée.

Contexte et présentation générale

Le Markham Stouffville Hospital (MSH) est un hôpital communautaire de niveau 2 de la région de York, l'une des régions de l'Ontario (Canada) qui enregistrent le taux de croissance le plus élevé. Le nombre de naissances augmente régulièrement chaque année. En 2014, il y en a eu près de 4 000. Le MSH est doté d'une USIN qui prend en charge les grossesses à partir de 32 semaines. Il participe au programme AMPRO^{OB} depuis 2007.

Au fur et à mesure que les membres de l'équipe participant au programme ont acquis de l'expérience, ils se sont non seulement concentrés sur les risques cliniques mis en évidence par ce dernier, mais ils ont également déployé des efforts collectifs pour répondre aux besoins de l'unité et atteindre des objectifs adaptés à ceux-ci. Les prestataires de soins obstétricaux, les obstétriciens, les médecins de famille, les sages-femmes et le personnel infirmier du MSH ont appris à travailler ensemble et forment désormais une équipe collaborative bien coordonnée. Ils se rencontrent régulièrement et élaborent ensemble des politiques et des guides de pratique clinique qui touchent divers champs de compétence.

Objectif

Ayant constaté une hausse des taux de césarienne et de déclenchement du travail et une baisse du nombre d'AVAC, l'équipe de base du programme AMPRO^{OB} a mis sur pied en 2010 un groupe de travail sur les stratégies de réduction du taux de césarienne chargé d'examiner les causes sous-jacentes à ces tendances et de trouver, de mettre en œuvre et d'évaluer diverses stratégies d'intervention fondées sur des données probantes. À long terme, l'objectif était

de réduire le taux de césarienne de 5 %. Pour ce faire, le groupe de travail a créé une équipe collaborative composée de prestataires de soins obstétricaux (sages-femmes, infirmières, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) et d'administrateurs

Plan

L'équipe a stratifié les données de l'unité en fonction de multiples variables et a décidé de se concentrer sur le déclenchement du travail et les AVAC. Après avoir procédé à une analyse documentaire sur les stratégies d'intervention, elle a établi un plan spécifique pour décroître le recours au déclenchement du travail et réduire le taux de césarienne. Les interventions qu'elle a retenues se divisent en trois grandes catégories : les interventions qui ciblent les femmes enceintes qui prévoient accoucher au MSH, les interventions qui ciblent les prestataires de soins du MSH et les interventions susceptibles d'avoir des répercussions sur les politiques de l'hôpital.

Interventions ciblées

Les interventions qui ciblent les femmes enceintes consistaient à organiser des réunions avec les éducatrices prénatales de la région afin qu'elles soient sur la même longueur d'onde que les prestataires de soins, et à réviser tous les outils éducatifs destinés aux usagers et à les modifier de façon à ce que les descriptions de l'accouchement par césarienne, de l'AVAC, du déclenchement du travail et des soins de soutien durant le travail qui figurent dans ces outils cadrent avec les meilleures données probantes. Des séances fondées sur les principes de la prise de décisions éclairées et de l'apprentissage en groupe et animées par des sages-femmes ont été organisées pour toutes les femmes qui avaient déjà subi une césarienne. Ces séances, intitulées *The Options for Birth Following Caesarean Birth sessions* (types d'accouchement possibles après une césarienne), offrent aux femmes enceintes et à leur partenaire la possibilité de discuter des raisons qui ont motivé la césarienne et d'explorer les options qui s'offrent à eux pour les prochaines naissances. L'animatrice de la séance et les participantes discutent ensemble des bienfaits et des risques associés à la césarienne non urgente itérative et à l'AVAC et utilisent un outil d'aide à la prise de décisions pour que les participantes puissent examiner leurs propres valeurs et les risques auxquels elles sont exposées. Les évaluations de ces séances ont révélé que le taux de satisfaction des participantes était élevé.

Les soins de soutien durant le travail sont une intervention ciblée qui met à contribution des professionnels qui ont reçu la formation et les outils nécessaires pour améliorer les soins individuels prodigués aux femmes durant le travail. Des infirmières qui dispensent des soins périnataux et qui viennent de recevoir une formation polyvalente participent aux séances de soins de soutien avec les sages-femmes. Durant ces séances, on encourage l'auscultation afin de réduire au minimum le recours à la surveillance fœtale électronique. On a aménagé dans la salle, qui est pourvue d'un système de communication Vocera et du nécessaire en matière de fournitures et de documentation, un espace où l'infirmière ou la sage-femme peut s'asseoir confortablement.

Les interventions qui ciblent les professionnels de la santé ont consisté dans un premier temps à effectuer des tournées et à collecter des données. On a pris la décision de communiquer au personnel les taux de césarienne, d'AVAC et de déclenchement du travail à l'échelle individuelle et à l'échelle des catégories professionnelles. Au début de ce processus, le chef de l'unité d'obstétrique a remis à chaque médecin et à chaque sage-femme une feuille faisant état de son taux personnel et du taux global obtenu par ses pairs; ces résultats étaient confidentiels. Après deux cycles de distribution trimestrielle de ces taux, le sceau de confidentialité a été levé à la demande de tous les prestataires de soins, et tous les membres

d'une catégorie professionnelle donnée ont pu être informés de leurs résultats respectifs. Les taux individuels, le taux global de l'unité et les efforts consacrés aux stratégies de réduction sont désormais à l'ordre du jour de chacune des réunions de l'unité et des réunions de division. La direction affiche les taux globaux de césarienne, d'AVAC et de déclenchement du travail dans l'unité, à la vue des usagers. Plusieurs articles portant sur les stratégies de réduction du taux de césarienne, les séances sur les types d'accouchements possibles et les taux globaux de césarienne, d'AVAC et de déclenchement du travail du MSH ont été publiés dans la presse locale. Grâce à la vaste expérience qu'il a acquise jusqu'à présent, le MSH est devenu une référence pour les hôpitaux qui cherchent à réduire leurs taux de césarienne et de déclenchement du travail. Les membres du personnel ont constaté en effet qu'il s'est taillé une solide réputation en matière de réduction du taux de césarienne.

Le comité chargé de la qualité des soins a examiné et révisé toutes les politiques relatives aux soins prodigués durant le travail, à l'AVAC et au déclenchement du travail en étroite collaboration avec les membres du groupe de travail. L'examen des données a notamment permis de recenser les cas de déclenchement du travail qui n'étaient pas indiqués d'un point de vue médical et qui avaient plus particulièrement été classés parmi les dépassements de terme. Une attention toute particulière a été accordée à la politique et aux processus relatifs à ce problème, et il a ainsi été possible de réduire le taux de ce type de déclenchement de 1 % en 2011-2012. Le taux global de déclenchement du travail a également diminué : il est passé de 26 % à 12 % durant la période d'intervention. Les modifications apportées aux politiques ont été déployées en plusieurs volets qui ont été mis en œuvre à des moments différents par le groupe de travail, en collaboration avec la direction et les professionnels. Il est difficile de savoir si ce sont les trois types d'intervention qui ont contribué collectivement à l'obtention de tels résultats, et on aura du mal à déterminer lequel des trois s'est avéré le plus efficace. D'autres unités seront probablement en mesure de reproduire ces résultats en adoptant une stratégie qui consiste à stratifier les données, à cibler les principaux facteurs qui contribuent à un taux élevé de césarienne et à se servir des meilleures données probantes pour orienter les pratiques et les inscrire dans la durée.

Résumé

Lorsque le MSH s'est engagé dans ce processus de réduction du nombre de césariennes en avril 2010, son taux de césarienne se chiffrait à 29,6 %. Ce taux est passé à 26,3 % en 2010-2011, à 26 % en 2011-2012, à 25,8 % en 2012-2013, et à 23,7 % en 2013-2014. Le MSH a surpassé ses propres attentes, puisqu'à l'origine, il visait un taux de 25 %. Par ailleurs, la proportion de femmes qui ont tenté un AVAC, qui n'était que de 15 % en 2009-2010, est passée à 33,6 % en 2013-2014, et il convient de préciser qu'environ 80 % de ces femmes ont effectivement accouché par voie basse.

Les membres de l'équipe d'obstétrique s'efforcent constamment d'améliorer les soins qui sont prodigués aux femmes enceintes et se mettent tous face à leurs responsabilités respectives en matière de prestation de soins de qualité fondés sur des données probantes. Les taux et les indicateurs font l'objet d'un suivi et sont rapportés tous les mois. Si jamais les taux de césarienne et de déclenchement du travail devaient augmenter lors de deux évaluations mensuelles consécutives, l'équipe mettrait en œuvre les stratégies de réduction qu'elle a déjà prévues pour revenir aux objectifs qu'elle s'était fixés.