

Mortes par négligence médicale?

*Comment se peut-il qu'en 1985, au Québec, une femme et un nouveau-né en bonne santé meurent à l'hôpital pendant l'accouchement? Parce qu'il s'agissait d'une amie, et parce qu'elle s'intéresse depuis longtemps à l'accouchement naturel et aux sages-femmes, Monique de Gramont, depuis 10 ans journaliste à **Châtelaine**, où elle est responsable du secteur santé, a mené l'enquête. Son livre, **La matin de la fête triste**, paraît ce mois-ci aux Éditions Québec-Amérique, peu après l'Événement sages-femmes organisé les 3 et 4 mai à l'université McGill par le Mouvement Naissance-Renaissance¹. Parce qu'il dénonce les abus du pouvoir médical, voici un extrait de ce document.*

par Monique de Gramont

Louise avait 36 ans. Et dans son ventre, une petite fille attendait son heure. Josiane est née à l'hôpital, dans la soirée du 17 janvier 1984. Elle est morte, sans premier, sans dernier soupir. Trois heures plus tard, sa mère mourait à son tour. Le lendemain, les journaux titraient: «La journaliste Louise Côté meurt sur la table d'accouchement.»

Quand une femme en bonne santé meurt à l'hôpital, entourée de spécialistes censés savoir ce qu'ils font et qui se vantent d'avoir les appareils les plus sophistiqués, on se pose des questions. J'ai voulu comprendre pourquoi une telle tragédie était arrivée. J'ai cherché, enquêté, questionné et trouvé. Cela méritait bien un livre; d'autant plus que les bruits les plus inouïs couraient et courent encore sur la mort de Louise et celle de son bébé.

J'ai écrit pour que la vérité circule enfin, et aussi dans l'espoir de susciter une réflexion tant chez les femmes que chez les médecins. Avant de commencer, j'ai attendu que ma peine mûrisse et que ma colère baisse pavillon. Le ton ironique, revanchard était tentant, facile. Mais en l'adoptant, j'aurais trahi celle à qui je voulais offrir un ultime bouquet de mots. Louise haïssait la violence et le fanatisme — celui de la pensée, tout particulièrement. Femme de mesure, elle aimait la saine

remise en question qui permet de voir clair et d'avancer.

Curieusement, l'univers journalistique ne s'est pas beaucoup intéressé à ce qui est arrivé à l'une de nous; si ce n'est pour sortir le scoop: le médecin serait-il poursuivi? L'obsession de la nouvelle s'est avérée plus forte que celle de la vérité. Cela nous arrive...

Cette nuit-là

La grossesse de Louise s'est déroulée pratiquement sans histoire, si ce n'est deux incidents rapportés dans son journal. Celui-ci fait d'abord état d'une douleur sous forme de crampe ressentie dans les nuits des 7, 18 et 19 octobre. Le docteur X², son médecin traitant, lui prescrit du *Ventolin* (un médicament de type bronchodilatateur habituellement donné aux asthmatiques).

Le deuxième incident s'est passé en fin de parcours. À partir du 2 décembre, — l'accouchement était prévu pour le 21 janvier — Louise a souffert d'un oedème très important des membres inférieurs. Le docteur X prescrit cette fois du *Lasix*, à deux reprises. (Ce puissant diurétique est ordinairement donné aux personnes souffrant d'hypertension grave; mais il n'est pas recommandé pour les femmes enceintes.)

Le 17 janvier, journée fatidique: après quelques heures de magasinage au centre-ville, Louise rentre chez elle, fatiguée.



Louise Côté, une semaine avant l'accouchement...

19 h 45: la poche des eaux se rompt et Louise se rend bien compte que le liquide ne sent pas bon et qu'il est légèrement brunâtre. Elle prend conscience de ses contractions, de leur régularité, et elle téléphone à Maryse, une collègue qu'elle a choisie pour l'accompagner à l'hôpital. Celle-ci arrive très rapidement et chronomètre le temps entre chaque contraction: moins de 5 minutes! Elle sait qu'il n'y a pas une minute à perdre, presse Louise de mettre son manteau et la conduit à l'hôpital.

21 h 15: Louise est officiellement admise à l'hôpital Y. L'interne qui l'examine inscrit au dossier: station 0 + 11. Le bébé se présente bien, le coeur foetal est stable (130-140). L'interne et le personnel présent estiment que l'accouchement est imminent. Le docteur X est prévenu par téléphone.

Lorsqu'il arrive à l'hôpital, il trouve Louise en train de pousser; il l'examine et déclare que selon lui, l'accouchement n'est pas aussi imminent qu'on le pense. Pendant 1 h 15 min, Louise continue de pousser vaillamment et travaille très fort.

22 h 40: voyant que la tête du bébé ne progresse pas (elle est toujours dans le détroit moyen), le docteur X persuade Louise de passer à la salle d'accouchement et lui déclare qu'il va devoir l'aider.

22 h 45: le docteur X décide d'en finir. Il pratique un bloc honteux (épidurale), une épisiotomie et demande à la résidente de mettre les forceps en place. Le coeur foetal, entendu au préalable à plusieurs reprises (par moniteur externe), est toujours normal. Plusieurs notes figurent dans le dossier à cet effet. La dernière stipule que le coeur, entendu juste avant la sortie du bébé, est à 120.

23 h 01: le docteur X, à l'aide des forceps qu'il engage jusque dans le détroit moyen,

La nouvelle tête de la CTCUM

procède à la naissance d'un bébé vivant, de sexe féminin, pesant 3 080 grammes (6 3/4 livres). La petite fille a un cordon serré (cordon enroulé une fois autour du cou) qui est sectionné très rapidement. Tout le monde note la présence d'un liquide méconial malodorant. Le bébé est flasque et mou. On l'aspire à fond. Comme il ne respire toujours pas, on l'évacue vers le fond de la salle où on commence les manoeuvres de réanimation. Après 15 minutes d'efforts, le bébé ne manifestant aucun signe de vie, l'équipe cesse le travail de réanimation.

(Louise apprend la mort de sa petite fille, qu'elle n'a ni vue ni touchée)

23 h 20: la résidente procède soigneusement à l'extraction manuelle du placenta. Elle fait la révision du col et du vagin (examen destiné à s'assurer que les tissus n'ont pas été endommagés par les forceps et qu'il n'y a pas d'hémorragie). Puis elle répare l'épisiotomie.

23 h 40: alors qu'on s'apprête à la transférer en salle de récupération, Louise grimace et dit éprouver une douleur très vive. Elle touche le haut de son abdomen. Elle est pâle. Une infirmière se fait rassurante et dit: «Vous venez d'accoucher... on a dû vous masser l'utérus pour faire sortir votre bébé, et le remasser pour avoir le placenta, alors c'est tout à fait normal que vous ayez mal...» *(Nulle part dans le dossier, il n'est fait mention de cette douleur.)*

23 h 55: Louise — elle est en salle de récupération — ne se sent pas bien et le dit. Elle éprouve du mal à respirer. Le docteur X se présente pour faire certains prélèvements rendus obligatoires par la mort du bébé. Constatant sa difficulté à respirer et la croyant causée par l'émotion, il prescrit une injection de Valium. L'anesthésiste demande qu'on la fasse respirer dans un sac en papier pour combattre l'alcalose. Lui aussi estime que l'hyperventilation est causée par l'émotion...

0 h 05: une infirmière fait l'injection alors que Louise est endormie, et sans avoir pris auparavant sa tension artérielle.

0 h 10: une autre infirmière vient prendre la tension et s'affole. Louise est blanche, cyanosée et transpire abondamment. La tension est à 60, le pouls filant. Elle appelle à l'aide. Plusieurs personnes

Désireux de «changer l'image de la CTCUM» et déterminé pour cela à choisir une femme jeune (rare, non ?), le ministre des Transports du Québec, M. Guy Tardif, nommait, fin mars, Louise Roy à la tête de la Commission des transports de la Communauté urbaine de Montréal, contrairement aux désirs de l'exécutif de la CUM. En effet, de Lawrence Hannigan, candidat conservateur défait en septembre dernier, maintenant président de Via Rail, à Louise Roy, 37 ans, sociologue urbaine et féministe, il y a tout un saut... qualitatif ! On ne peut que s'en réjouir et, connaissant l'apreté des relations de travail à la CTCUM, souhaiter bonne chance à la nouvelle PDG.



Louise Roy

entourent Louise. On lui donne de l'oxygène et on conclut qu'elle fait une embolie pulmonaire. Le branle-bas de combat commence. Mais très vite, l'état de Louise continue de se détériorer.

0 h 15: l'anesthésiste, le résident en cardiologie, le docteur X et la résidente en obstétrique-gynécologie entourent Louise (*jamais le docteur X n'appellera un gynécologue-obstétricien en consultation*) et tentent de traiter l'état de choc par des solutés et divers médicaments. L'équipe parvient à ramener la tension à 40 puis à 60.

0 h 40: Louise a été transportée aux soins intensifs. Le pouls est toujours à 60. Le docteur X échange quelques mots avec elle.

1 h 05: nouvelle chute dramatique de la tension artérielle, pouls accéléré, état de choc profond. Le personnel présent reprend les manoeuvres de réanimation: intubation, ventilation assistée, massage cardiaque, installation de deux perfusions. On suppose que Louise fait une deuxième embolie pulmonaire. Pourtant, entre minuit 40 et 1 h, un rapport du test de sang effectué après l'accouchement est remis au docteur X. Il démontre clairement qu'il y a une grave hémorragie quelque part. Devant l'absence de signe hémorragique (il n'y a pas de sang qui s'écoule par le vagin) le docteur X et l'anesthésiste concluent qu'il s'agit d'une erreur de laboratoire et nient la réalité.

1 h 45: malgré tous les efforts entrepris, on n'arrive pas à réanimer Louise et le docteur X décide qu'il vaut mieux interrompre les manoeuvres.

Le vrai diagnostic

Les experts qui m'ont aidée à revoir le dossier médical et le rapport d'autopsie ont relevé plusieurs erreurs graves commises par le docteur X et ils remettent en question plusieurs de ses décisions.

Il leur paraît clair, par exemple, que le bébé a souffert *in utero*. Mais cette souffrance n'a pas été identifiée. Pourtant, il y avait deux signes évidents: la couleur du liquide amniotique et le tracé du monitoring (malgré sa brièveté, il démontre une importante bradycardie, c'est-à-dire un ralentissement du rythme cardiaque).

Louise, elle, est morte d'une rupture de la veine utéro-ovarienne. En huit minutes, 4 000 cc de sang (ou quatre litres, la quantité de sang que peut contenir un corps de femme) se sont répandus dans son abdomen. Personne n'a diagnostiqué le choc hypovolémique (diminution du volume de sang dans les gros vaisseaux) et pourtant tous les symptômes en étaient présents: hyperventilation, hypotension, tachycardie (accélération du rythme cardiaque), pâleur, chute dramatique de l'hémoglobine. Si on avait identifié convenablement son état, Louise avait 93 % de chance de survie.

En définitive, on ne peut que souligner l'ironie de la situation: une femme en bonne santé est morte, littéralement saignée à blanc, entourée de médecins, dans un grand hôpital super équipé en appareils et en ressources humaines...

Un bébé robuste, né à terme et bien constitué, est mort après avoir souffert pendant de longues minutes, sans que personne ne réagisse.

Officiellement, cette double mort a été classée comme un malheureux et exceptionnel accident de parcours. Bien sûr, le corps médical et surtout l'hôpital auraient préféré qu'il soit survenu à domicile, afin de pouvoir rejeter le blâme sur le dos de la morte. Mais voilà, c'est à l'hôpital qu'il y a eu accident...

1/ Voir *La Vie en rose* de février 1985, «Accoucher autrement» et «La naissance est politique», de Isabelle Brabant et Denise Proulx. Pour plus d'informations sur le colloque de mai: Naissance-Renaissance: Montréal, 525-5895, Québec, (418) 659-2786.

2/ Ni l'hôpital Y ni le médecin X ne sont identifiés à cause des poursuites judiciaires actuellement en cours.

BOUQUINEZ À L'AISE À

AGENCE DU LIVRE

1246 rue St-Denis Montréal
Tél.: 844-6896