

Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux

Rapport annuel 2013-2014

Bureau du coroner en chef de l'Ontario

Juillet 2015



Table des matières

Message du président	i
Composition du Comité	ii
Résumé	iii
Introduction	1
Aperçu des statistiques (2004-2014)	4
Récapitulatif des cas examinés en 2013-2014	9
Leçons à tirer des examens du CEDSMP	10
Résumé des recommandations de 2013 et 2014	11

Ce rapport a été préparé par le D^r Rick Mann, président du
Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals, et par
M^{me} Victoria Snowdon, analyste des projets et de la recherche, M^{me} Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités
de 2013 et M^{me} Tara McCord, directrice de la gestion des comités de 2014.

Message du président



Le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux (CEDSMP), anciennement le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétricaux, fournit des conseils d'expert dans le cadre des enquêtes du coroner de l'Ontario depuis 1994.

En vertu d'une entente avec Santé Canada visant à prévenir les décès maternels au Canada et à en déterminer les causes, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario (BCC) a mis en place une politique prévoyant une enquête sur tous les décès maternels qui ont lieu durant la grossesse, pendant ou tout de suite après l'accouchement, et jusqu'à 42 jours après l'accouchement, ainsi qu'un examen de chacun de ces cas. Tout décès survenu entre 42 et 365 jours après l'accouchement fait l'objet d'un examen si la cause du décès est directement liée à la grossesse ou à une complication de celle-ci.

Chaque année, parmi tous les décès périnataux et les mortinaissances examinés par le BCC, les coroners régionaux principaux relèvent des lacunes dans un faible pourcentage des dossiers et les portent à l'attention du CEDSMP. Dans bien des cas, les préoccupations initiales au sujet des soins prodigués à la mère ou à l'enfant sont soulevées par les coroners enquêteurs ou les familles.

Le CEDSMP est composé de spécialistes chevronnés et réputés œuvrant dans diverses disciplines : obstétrique, médecine fœto-maternelle (MFM), sage-femme, soins infirmiers périnataux, anesthésiologie obstétricale, pathologie, pédiatrie et médecine familiale. En décembre 2013, le Comité a eu le plaisir d'accueillir dans ses rangs M^{me} Sharon Dore, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). M^{me} Dore offre son expertise au Comité et assure la liaison entre celui-ci et la SOGC.

Depuis sa création, le CEDSMP a examiné un total de 327 cas et formulé 601 recommandations visant à prévenir les mortinaissances et les décès de mères et de nouveau-nés. En 2013, 26 cas ont été examinés, et 31 recommandations ont été formulées. En 2014, 10 cas ont été examinés, et 28 recommandations ont été formulées.

Les problématiques qui sont le plus souvent ressorties des recommandations formulées entre 2004 et 2014 touchent les thèmes suivants : soins médicaux et infirmiers, politiques et procédures, communications et documentation, diagnostic et examens au moyen de la surveillance fœtale électronique (SFE). Dans une perspective de réduction des décès similaires et d'amélioration de la qualité des soins fournis aux mères et aux nouveau-nés, la détection des tendances contribuera à guider l'orientation des prochaines recommandations et initiatives du CEDSMP, à sensibiliser les intervenants du milieu des soins obstétricaux et à les encourager à agir.

C'est un honneur pour moi de contribuer au travail du CEDSMP, et je tiens à remercier ses membres pour leur dévouement envers la population de l'Ontario. Je tiens aussi à remercier M^{mes} Kathy Kerr et Tara McCord, directrices de la gestion des comités, sans qui les travaux du Comité et la rédaction du rapport ne seraient pas possibles.

C'est avec fierté que je vous présente le rapport annuel 2012 du CEDSMP.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rick Mann'.

Rick Mann, M.D., C.C.M.F., F.C.M.F

Président du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux

Composition du Comité (2013-2014)

M ^{me} Sharon Dore	Représentante, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
D ^r Michael Dunn	Néonatalogiste (niveau 3)
D ^{re} Karen Fleming	Médecin de famille (niveau 3)
D ^r Robert Gratton	Médecine fœto-maternelle
D ^r Steven Halmo	Obstétricien (niveau 2)
M ^{me} Susan Heideman	Infirmière praticienne en soins périnataux
D ^r Robert Hutchison	Obstétricien (niveau 3)
D ^{re} Sandra Katsiris	Anesthésiologiste
M ^{me} Kathy Kerr	Directrice de la gestion des comités
M ^{me} Michelle Kryzanaszkas	Sage-femme autorisée (milieu rural)
M ^{me} Tara McCord	Directrice de la gestion des comités
D ^r Dilipkumar Mehta	Pédiatre (niveau 2)
M ^{me} Linda Moscovitch	Sage-femme autorisée (milieu urbain)
D ^r Toby Rose	Médecin légiste
D ^r Gillian Yeates	Obstétricien (niveau 1)
D ^r Rick Mann	Président Coroner régional principal

Résumé

- En 1994, le Bureau du coroner en chef (BCC) a créé le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétriques, qui est devenu en 2004 le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals (CEDSMP).
- Le CEDSMP a pour mandat d'aider le BCC à mener des enquêtes et des examens sur tous les décès maternels – quelle que soit leur cause –, de même que sur les mortinaissances et les décès néonataux ayant soulevé des préoccupations chez la famille, le coroner ou le coroner régional principal relativement aux soins reçus par la mère ou l'enfant, ainsi qu'à formuler des recommandations visant à prévenir des décès similaires.
- Depuis 2004, le CEDSMP a examiné 327 cas et formulé 601 recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.
- En moyenne, 30 cas sont examinés chaque année, et 55 recommandations sont formulées.
- Les problématiques qui sont le plus souvent ressorties des recommandations formulées entre 2004 et 2014 touchent les thèmes suivants : soins médicaux et infirmiers, politiques et procédures, communications et documentation, diagnostic et examens au moyen de la surveillance fœtale électronique (SFE).
- En 2013, 26 cas ont été examinés, et 31 recommandations ont été formulées. En 2014, 10 cas ont été examinés et 28 recommandations ont été formulées.
- Parmi les 26 cas examinés en 2013, 11 portaient sur des décès maternels, 10 sur des décès néonataux et 5 sur des mortinaissances. Parmi les 10 cas examinés en 2014, 3 portaient sur des décès maternels, 5 sur des décès néonataux et 2 sur des mortinaissances.

Introduction

Mandat

En 1994, le Bureau du coroner en chef (BCC) a créé le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétriques, qui est devenu en 2004 le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals (CEDSMP).

Le CEDSMP a pour mandat d'aider le BCC à mener des enquêtes et des examens sur tous les décès maternels – quelle que soit leur cause – ainsi qu'à formuler des recommandations visant à prévenir des décès similaires. Cela comprend tous les décès survenus pendant la grossesse et la période postnatale, soit les 42 jours suivant l'accouchement. Tout décès survenu entre 42 et 365 jours après l'accouchement fait l'objet d'un examen si la cause du décès est directement liée à la grossesse ou à une complication de celle-ci.

Le CEDSMP examine les mortinaissances et les décès néonataux ayant soulevé des préoccupations chez la famille, le coroner ou le coroner régional principal relativement aux soins reçus par la mère ou l'enfant.

La *Loi sur les coroners* stipule toutefois qu'il n'est pas permis de faire une déclaration de responsabilité civile ou criminelle légale ou d'énoncer une conclusion de droit.

Définition de décès maternel, de mortinaissance, de décès périnatal et de décès néonatal

Le CEDSMP examine tous les décès de femmes survenus « pendant ou après une grossesse dans des circonstances qui peuvent normalement être attribuées à cette grossesse ». Les décès de femmes enceintes dont la mort n'a pas été attribuée à leur grossesse sont mentionnés uniquement à des fins statistiques et ne font pas l'objet d'examens formels.

Les **décès maternels** sont classés selon les critères suivants :

- Antepartum : durant la grossesse, à > 20 semaines de gestation;
- Intrapartum : durant l'accouchement ou immédiatement après;
- Postpartum : < 42 jours après l'accouchement.

Le Comité n'examine *pas* les décès maternels tardifs survenus après 42 jours, sauf si la cause du décès est liée directement à la grossesse ou à une complication de la grossesse.

La **mortinaissance** est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, après au moins 20 semaines de grossesse, ou après qu'il a atteint un poids de 500 grammes ou plus, d'un produit de la conception chez qui, après cette expulsion ou extraction, il n'y a ni respiration, ni battement du cœur, ni pulsation du cordon ombilical, ni contraction d'un muscle volontaire (*Loi sur les statistiques de l'état civil* de l'Ontario).

Le **décès périnatal** désigne un décès survenu pendant la naissance, au moment de celle-ci ou peu après celle-ci, y compris lors d'un accouchement à domicile.

Le **décès néonatal** est un décès survenu moins de sept jours après la naissance de l'enfant.

Buts et objectifs

1. Aider les coroners de l'Ontario à enquêter sur les décès maternels et périnataux et à formuler des recommandations visant à prévenir des décès similaires.
2. Effectuer un examen d'expert sur les soins prodigués aux femmes durant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que sur les soins prodigués aux femmes et aux nouveau-nés immédiatement après la naissance.
3. Effectuer un examen d'expert sur les circonstances de chaque décès maternel en Ontario, conformément aux recommandations du *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada*¹.
4. Informer les médecins, les sages-femmes, le personnel infirmier, les établissements fournissant des soins aux femmes, pendant la grossesse et après l'accouchement, et aux nouveau-nés ainsi que les agences et ministères pertinents sur les pratiques et produits dangereux relevés par le Comité durant l'examen des cas.
5. Produire un rapport annuel à mettre à la disposition des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes qui fournissent des soins aux mères et aux nouveau-nés, ainsi que des services d'obstétrique, de sage-femme, de radiologie ou d'échographie, d'anesthésie et d'urgence en vue de prévenir d'autres décès.
6. Aider à déterminer la présence ou l'absence de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques dans chaque cas examiné, afin de faciliter la formulation de recommandations appropriées de prévention.
7. Aider à cerner les tendances, les facteurs de risque et les profils qui se dégagent des cas étudiés dans le but de formuler des recommandations de stratégies d'intervention et de prévention efficaces.
8. Effectuer et promouvoir la recherche, s'il y a lieu.
9. Stimuler l'organisation d'activités éducatives en relevant les questions ou problèmes systémiques ou en se tournant vers les organismes concernés afin de prendre les mesures qui s'imposent.
10. Participer, au besoin, à l'élaboration de protocoles visant la prévention.
11. Publier, au besoin, de l'information pédagogique.

N.B. : Tous les objectifs et les activités des comités participants énumérés ci-dessus sont assujettis aux limites imposées par la Loi sur les coroners de l'Ontario et la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Structure et taille du Comité

Le CEDSMP est composé d'éminents spécialistes œuvrant dans certains domaines de spécialité, soit l'obstétrique, la médecine familiale, la médecine néonatale spécialisée, la pédiatrie communautaire, la pathologie pédiatrique et maternelle, l'anesthésiologie, la sage-femme et les soins infirmiers spécialisés en obstétrique. Dans la mesure du possible, la composition du Comité est équilibrée de façon à être représentative des diverses régions de la province et de tous les types d'établissements fournissant des soins obstétricaux, y compris les centres d'enseignement. La présidence est assumée par un coroner en chef adjoint ou un coroner régional principal, ou par une autre personne désignée par le coroner en chef.

D'autres personnes sont invitées aux réunions du Comité au besoin, au cas par cas (p. ex., un coroner enquêteur, le coroner régional principal, d'autres médecins spécialistes dont la présence s'applique de façon pertinente aux faits du cas, et ainsi de suite).

Méthodologie

Les coroners enquêteurs et les coroners régionaux soumettent les cas au CEDSMP pour examen. Le dossier remis par le coroner est examiné par au moins un membre du CEDSMP, qui présente ensuite le cas aux autres membres. Après discussion au sein du Comité, un rapport de cas final est rédigé. Ce rapport résume les événements, l'analyse et les recommandations (le cas échéant) destinées à éviter d'autres décès dans des circonstances similaires. Le rapport est alors envoyé au coroner régional principal, qui peut mener des investigations plus poussées, au besoin, puis les recommandations sont transmises aux agences et organismes en mesure de les mettre en œuvre. Enfin, on demande

¹ *Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada*, Santé Canada, 2004.

aux destinataires de préparer une réponse concernant l'état de la mise en œuvre des recommandations qui leur ont été adressées dans l'année suivant leur réception.

Lorsqu'un cas présente un conflit d'intérêts potentiel ou réel pour un membre du Comité, un membre temporaire d'un autre centre est nommé à sa place, ou le Comité examine ce cas en l'absence du membre en question.

Lorsque l'examen d'un cas requiert une expertise touchant une autre discipline, un spécialiste externe peut être invité à examiner le dossier et à participer à la réunion ainsi qu'aux discussions et à la formulation des recommandations, au besoin.

Limites

Le CEDSMP est un comité consultatif du système des coroners. Il peut formuler des recommandations au coroner en chef par l'intermédiaire de son président.

Le contenu du rapport consensuel du Comité se limite aux données dont ce dernier dispose. Cependant, des efforts sont déployés pour obtenir toutes les données disponibles pouvant servir à l'enquête.

Les rapports de cas du CEDSMP sont rédigés pour le BCC et sont, par conséquent, régis par les dispositions de la *Loi sur les coroners*, de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Le résumé des recommandations présentées au coroner régional principal et aux organismes et agences concernés est énoncé à la fin du présent rapport. Veuillez noter que les versions exemptes de détails identificateurs des résumés de cas ne sont pas présentées ici; elles sont toutefois disponibles sur demande.

Il est important de reconnaître que ces rapports reposent sur un examen des dossiers écrits. Le coroner et le coroner régional principal chargé de l'enquête pourraient posséder des renseignements complémentaires qui rendraient une ou plusieurs conclusions du Comité non valides. Lorsqu'un fait est signalé au président du Comité avant la rédaction du rapport annuel, l'examen du cas en question est révisé afin de refléter ces constatations.

Des recommandations sont formulées après un examen approfondi des circonstances de chaque décès. Il ne s'agit pas de directives d'orientation, et elles ne doivent pas être interprétées de la sorte.

Ce rapport sur les activités et recommandations du CEDSMP vise à provoquer une réflexion et à encourager un débat sur l'ensemble des soins obstétricaux et des décès maternels et périnataux en Ontario.

Aperçu des statistiques (2004-2014)

Le CEDSMP (anciennement le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétricaux) formule des recommandations depuis sa création en 1994. Au fil du temps, non seulement le Comité a évolué, mais les technologies médicales, les politiques, les procédures et les attitudes du public et des professionnels à l'égard des soins maternels et périnataux prodigués dans la province ont également changé. Afin de fournir une analyse plus représentative des valeurs et des attitudes actuelles, les statistiques présentées dans ce rapport annuel portent sur les cas ayant fait l'objet d'examen et de recommandations depuis 2004.

De 2004 à 2014, le CEDSMP a examiné au total 327 cas, dont 101 (31 %) portaient sur des décès maternels, 144 (44 %) sur des décès néonataux et 82 (25 %) sur des mortinaissances. Ces chiffres sont représentatifs de la politique du BCC, qui est d'examiner tous les décès maternels. Les décès de femmes enceintes dont la mort n'a pas été attribuée à leur grossesse sont mentionnés uniquement à des fins statistiques et ne font pas l'objet d'examen formels. Par conséquent, ils n'ont pas d'incidence sur les statistiques. Les mortinaissances et les décès néonataux ne sont examinés que lorsque des préoccupations sont soulevées par la famille, le coroner enquêteur ou le coroner régional principal relativement aux soins reçus par la mère ou l'enfant.

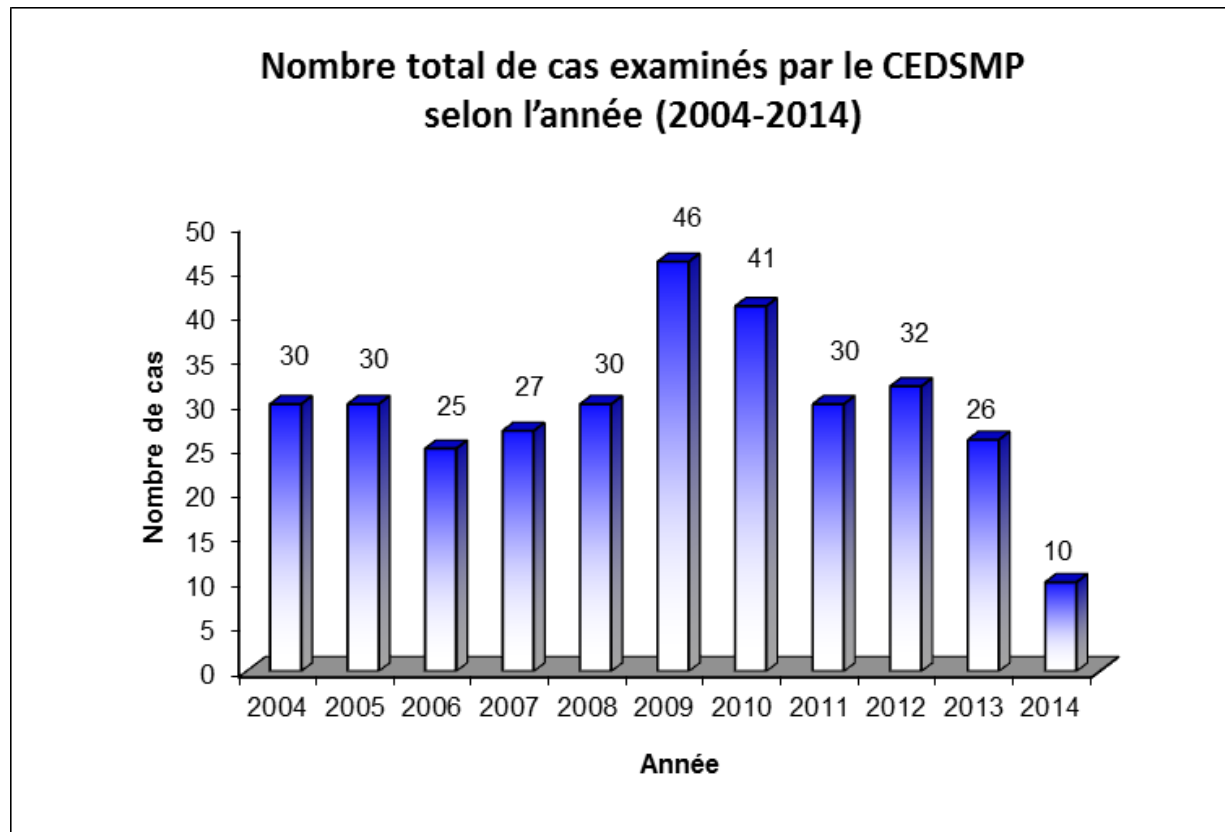
Dans le **tableau 1**, les cas sont répertoriés selon l'année où ils ont été examinés, ce qui ne correspond souvent pas à l'année du décès.

Tableau 1 : Nombre de cas examinés par le CEDSMP (2004-2014)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Nombre de cas examinés	30	30	25	27	30	46	41	30	32	26	10	327
Décès maternels	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	101
Décès néonataux	12	11	13	12	12	16	19	14	20	10	5	144
Mortinaissances	8	7	8	0	10	9	11	13	9	5	2	82

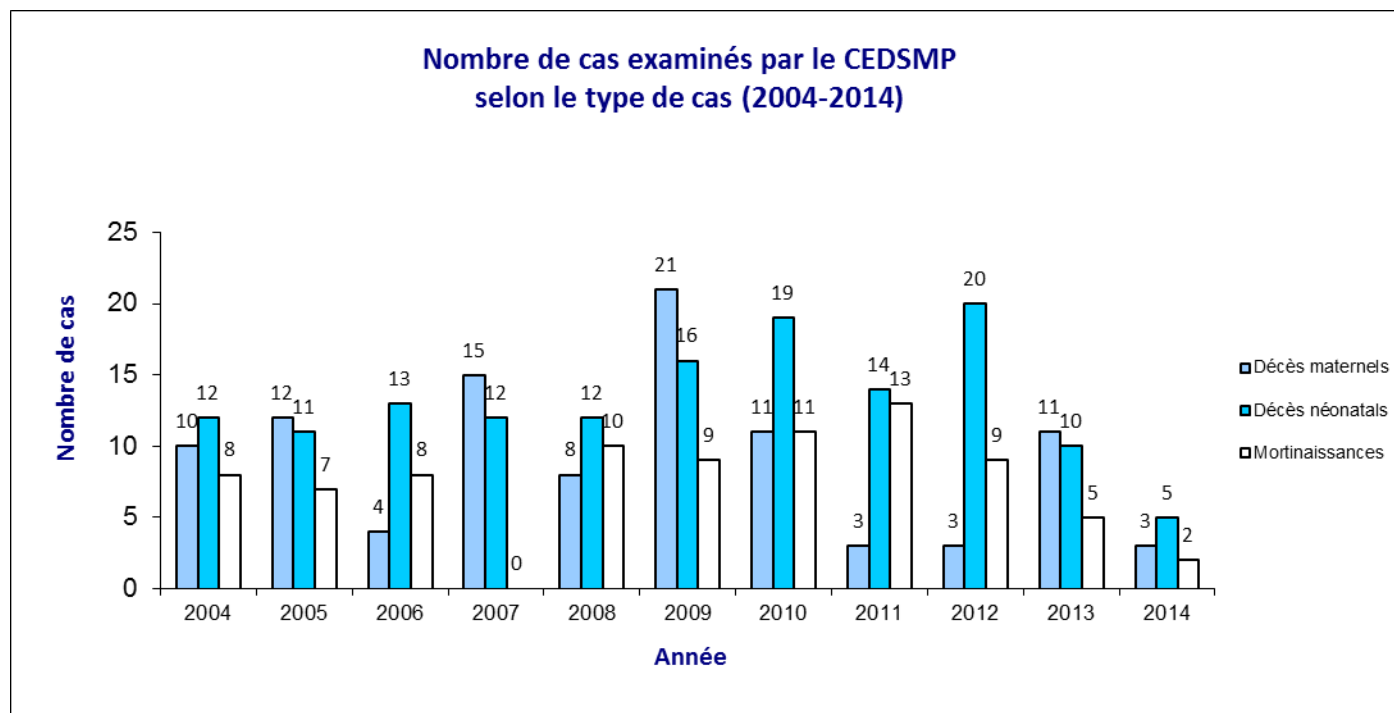
Le **tableau 1** montre que le nombre total de cas examinés a varié entre 2004 et 2014, avec un minimum de 10 cas en 2014 et un maximum de 46 cas en 2009. Il est probable que cette variation reflète l'évolution des pratiques administratives du Comité (p. ex., temps requis pour effectuer l'examen des documents et la rédaction des rapports finaux).

Figure 1 : Nombre total de cas examinés par le CEDSMP selon l'année (2004-2014)



Comme l'illustre la **figure 1**, le nombre total de cas examinés entre 2004 et 2014 est demeuré relativement stable; une tendance à la baisse a été enregistrée en 2013 et en 2014 en raison de certains problèmes touchant le Comité. Certains cas qui auraient normalement été examinés en 2014 ont été reportés en 2015. En moyenne, le CEDSMP examine 30 cas par année.

Figure 2 : Nombre de cas examinés par le CEDSMP selon le type de cas (2004-2014)



La **figure 2** montre qu'entre 2004 et 2014, la majorité des cas examinés chaque année correspondaient à des décès néonataux, suivis des décès maternels.

Tableau 2 : Nombre de recommandations formulées par le CEDSMP (2004-2014)

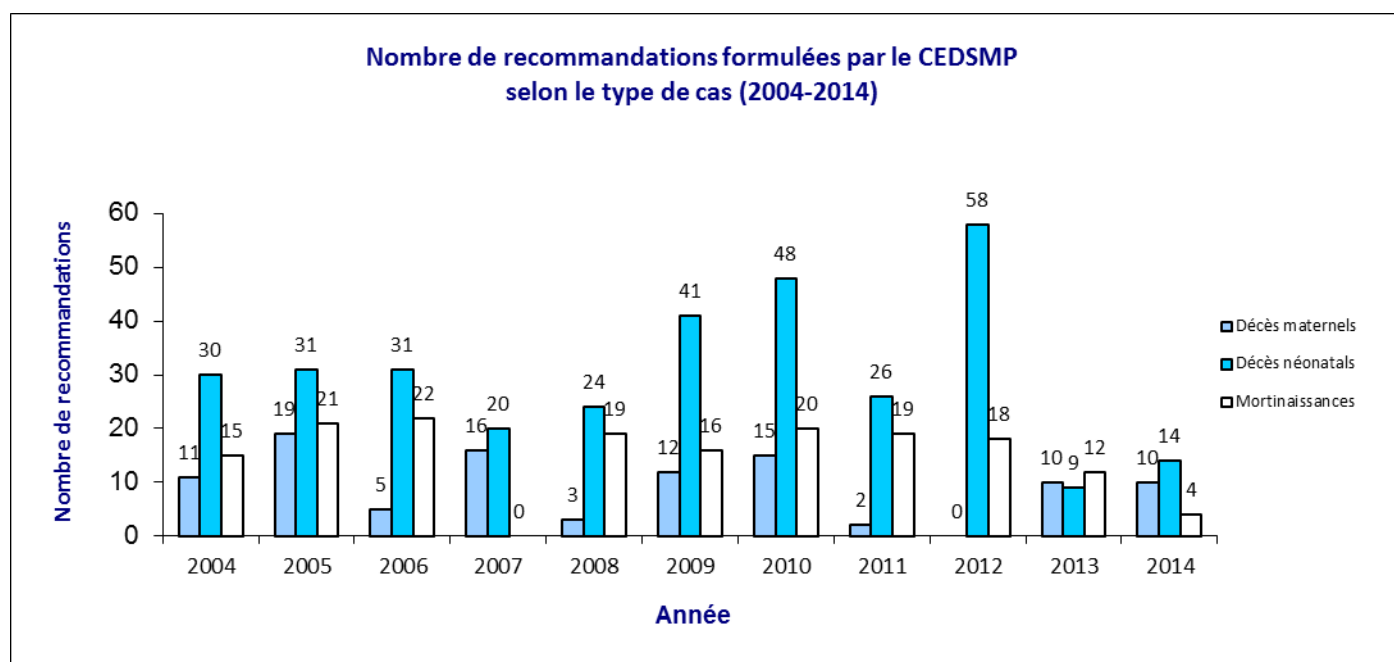
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Nombre de recommandations formulées	56	71	58	36	46	69	83	47	76	31	28	601
Décès maternels	11	19	5	16	3	12	15	2	0	10	10	103
Décès néonataux	30	31	31	20	24	41	48	26	58	9	14	332
Mortinaissances	15	21	22	0	19	16	20	19	18	12	4	166

Le **tableau 2** montre que le CEDSMP a formulé au total 601 recommandations entre 2004 et 2014, dont 103 (17 %) portaient sur des décès maternels, 332 (55 %) sur des décès néonataux et 166 (28 %) sur des mortinaissances. En général, durant cette période, la majorité des cas examinés et des recommandations formulées portaient sur des décès néonataux. En moyenne, 55 recommandations sont formulées chaque année.

L'examen des recommandations formulées permet de constater qu'au fil du temps, certains thèmes problématiques ressortent systématiquement :

- Soins médicaux (p. ex., décisions relatives aux soins médicaux ou infirmiers);
- Politiques et procédures (p. ex., respect ou élaboration de politiques et de procédures);
- Communications et documentation (p. ex., consignation et échange de renseignements);
- Qualité (p. ex., examen de la qualité des soins);
- Diagnostic et examens (p. ex., interprétation des résultats d'examens de laboratoire);
- Diagnostic et examens – surveillance fœtale électronique (SFE) plus particulièrement (p. ex., interprétation du tracé de la SFE);
- Éducation et formation (p. ex., formation continue);
- Ressources (p. ex., accès aux ressources et affectation des ressources);
- Transfert (p. ex., transport de patients);
- Autre (p. ex., aiguillage vers un autre comité pour examen).

Figure 3 : Nombre de recommandations formulées par le CEDSMP selon le type de cas (2004-2014)



Comme l'illustre la **figure 3**, entre 2004 et 2014, la majorité des recommandations formulées chaque année portaient sur des décès néonataux.

Tableau 3 : Nombre et pourcentage de recommandations formulées par le CEDSMP selon le thème ou le domaine problématique (2004-2014)

	Décès maternels	Décès néonataux	Morti- naissances	Total	% du total
Soins médicaux	43 7 %	64 10 %	37 6 %	144	24 %
Politiques et procédures	23 4 %	64 10 %	33 5 %	120	20 %
Communications et documentation	10 2 %	54 9 %	30 5 %	94	15 %
Qualité	12 2 %	31 5 %	10 2 %	53	9 %
Diagnostic et examens	1 0 %	46 8 %	19 3 %	66	11 %
Diagnostic et examens – SFE	1 0 %	46 8 %	24 4 %	71	12 %
Éducation et formation	2 0 %	17 3 %	7 1 %	26	4 %
Ressources	3 0 %	12 2 %	3 0 %	18	3 %
Transfert	5 1 %	6 1 %	4 1 %	15	2 %
Autre	2 0 %	2 0 %	1 0 %	5	1 %

Le **tableau 3** indique que 24 % des recommandations du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux formulées entre 2004 et 2014 portaient sur l'amélioration ou la résolution des problèmes liés aux soins médicaux ou infirmiers, 20 % sur l'élaboration ou le respect des politiques et procédures et 15 % sur les communications et la documentation, en particulier sur la transmission rapide et exacte de l'information entre les fournisseurs de soins de santé et les patients.

Le tableau 3 met également en évidence les éléments suivants (selon le type de cas et le thème) :

- 11 % de toutes les recommandations ont été formulées après l'examen d'un cas de décès néonatal et portaient sur les soins médicaux ou infirmiers;
- 10 % de toutes les recommandations ont été formulées après l'examen d'un cas de décès néonatal et portaient sur les politiques et les procédures;
- 9 % de toutes les recommandations ont été formulées après l'examen d'un cas de décès néonatal et portaient sur les communications et la documentation.

Au cours des dernières années, le recours à la SFE, l'interprétation du tracé par les fournisseurs de soins obstétricaux et les mesures de suivi prises à la lumière des résultats se sont révélés particulièrement problématiques. De 2004 à 2014, 71 recommandations ont été formulées au sujet de la SFE.

Récapitulatif des cas examinés en 2013

Le présent rapport annuel contient les résumés des examens effectués par le CEDSMP en 2013. Les cas examinés peuvent inclure des décès survenus les années précédentes.

Nombre total de cas examinés : 26

Nombre total de recommandations : 31

Nombre de cas de décès maternel examinés : 11

Nombre de recommandations tirées des décès maternels examinés : 10

Nombre de cas de décès néonatal examinés : 10

Nombre de recommandations tirées des décès néonataux examinés : 9

Nombre de cas de mortinaissance examinés : 5

Nombre de recommandations tirées des cas de mortinaissance examinés : 12

Récapitulatif des cas examinés en 2014

Le présent rapport annuel contient les résumés des examens effectués par le CEDSMP en 2014. Les cas examinés peuvent inclure des décès survenus les années précédentes.

Nombre total de cas examinés : 11

Nombre total de recommandations : 28

Nombre de cas de décès maternel examinés : 3

Nombre de recommandations tirées des décès maternels examinés : 10

Nombre de cas de décès néonatal examinés : 6

Nombre de recommandations tirées des décès néonataux examinés : 14

Nombre de cas de mortinaissance examinés : 2

Nombre de recommandations tirées des cas de mortinaissance examinés : 4

Leçons à tirer des examens du CEDSMP

L'obstétrique est une branche unique de la médecine. Les fournisseurs de soins obstétricaux prodiguent en réalité des soins à deux patients en même temps : la mère et le fœtus. Lorsqu'un paramètre change, par exemple la fréquence cardiaque, il est important de déterminer auquel des deux patients le changement est associé. Il est parfois difficile de repérer et de consigner ces observations en fonction du patient auquel elles se rapportent, mais il est essentiel de le faire pour offrir des soins obstétricaux efficaces et rigoureux tant à la mère qu'au fœtus.

Dans le but de faire face à ce défi, le CEDSMP recommande d'envisager l'instauration d'une zone officielle où consigner et différencier de façon claire les signes vitaux de la mère et ceux du fœtus sur les tracés de SFE et les partogrammes. Ainsi, il serait facile de repérer et d'évaluer tout changement aux valeurs de l'un ou de l'autre.

Résumé des recommandations de 2013-2014 classées par thème

Cas examinés en 2013 par le CEDSMP

Résumés de cas de 2013 : Décès maternels

Cas	Numéro	Thème	Recommandations
2			Aucune recommandation.
3			Aucune recommandation.
4	1	Soins médicaux	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé que pendant un tomodensitogramme de la tête, la radioexposition du fœtus est minime si l'abdomen est protégé. Les indications concernant les femmes enceintes sont donc les mêmes que pour le reste de la population.
5	1	Communications et documentation	Il faudrait rappeler à tous les fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'une documentation complète, exacte et fournie promptement.
5	2	Politiques et procédures	Il faudrait recommander aux fournisseurs de soins obstétricaux de consulter les documents suivants : l'opinion du comité de l'ACOG sur l'obésité et la grossesse (http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Obesity-in-Pregnancy), les directives cliniques de la SOGC intitulées <i>Obesity and Pregnancy</i> (n° 239 publié en février 2010 à http://sogc.org/guidelines/obesity-in-pregnancy/) et les directives cliniques de l'Association des sages-femmes de l'Ontario sur la prise en charge des femmes dont l'IMC est élevé ou faible (www.aom.on.ca).
5	3	Ressources	Il faudrait rappeler aux hôpitaux l'importance de donner accès à de l'équipement approprié pour la surveillance des patientes (p. ex., brassards de tensiomètre de tailles variées convenant à des femmes d'âges et de morphologies variés) et d'utiliser cet équipement.
5	4	Diagnostic et examens – SFE	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de distinguer la fréquence cardiaque du fœtus de celle de la mère durant la surveillance fœtale.
5	5	Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'évaluer et de documenter adéquatement et rigoureusement l'état de la mère et du fœtus à l'étape du triage.
6			Aucune recommandation.
7	1	Transfert	Les services médicaux d'urgence concernés devraient revoir les instructions et les algorithmes utilisés par leurs répartiteurs pour déterminer si une ambulance est nécessaire.
7	2	Soins médicaux	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé de porter une attention particulière à la possibilité de grossesse extra-utérine, même en l'absence de facteurs de risque.
7	3	Soins médicaux	Les services médicaux d'urgence et Télésanté Ontario devraient revoir les instructions et les algorithmes relatifs aux douleurs abdominales chez les femmes en âge de procréer.
8			Aucune recommandation.
9			Aucune recommandation.
10			Aucune recommandation.
11	1	Autre	Le Service de médecine légale de l'Ontario devrait réaliser des analyses moléculaires de l'ADN préservé de la défunte pour vérifier la présence de canalopathies. Les résultats devaient ensuite être communiqués à la famille.

Résumés de cas de 2013 : Décès néonataux

Cas	Numéro	Thème	Recommandations
2			Aucune recommandation.
3	1	Politiques et procédures Diagnostic et examens – SFE	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux les directives cliniques de la SOGC concernant la surveillance fœtale intrapartum et la réponse à des tracés atypiques ou anormaux de fréquence cardiaque fœtale (http://sogc.org/fr/guidelines/surveillance-du-bien-etre-foetal-directive-consensus-dantepartum-et-intrapartum-remplace-130-juillet-2003-90-juin-2000-112-mars-2002-112-avril-2002/).
4			Aucune recommandation.
5	1	Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance possible d'une perception de la diminution du mouvement fœtal et de la nécessité d'envisager une évaluation du bien-être fœtal par examen de réactivité fœtale (ERF) ou par profil biophysique (PBP).
6	1	Politiques et procédures	L'hôpital en question devrait revoir ses politiques et procédures relatives aux soins intrapartum, y compris la documentation et la surveillance du bien-être fœtal, pour en assurer l'harmonisation avec les directives cliniques de la SOGC intitulées <i>Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'antepartum et intrapartum</i> , publiées en septembre 2007.
7	1	Communications et documentation	Il faudrait informer les femmes qui prévoient accoucher à la maison du risque de procidence du cordon ombilical et des répercussions d'un retard de l'accouchement sur l'issue néonatale. Cette discussion devrait être consignée dans le dossier prénatal.
8	1	Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que le fournisseur de soins traitant devrait être indiqué clairement dans les dossiers médicaux.
8	2	Diagnostic et examens – SFE	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux les critères d'un tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal et les mesures devant être prises conformément aux directives cliniques de la SOGC sur la surveillance fœtale intrapartum publiées en septembre 2007.
9	1	Éducation et formation	L'hôpital concerné devrait veiller à ce que l'ensemble des fournisseurs de soins obstétricaux, y compris le personnel infirmier, aient une formation adéquate sur la surveillance du bien-être fœtal.
9	2	Ressources	L'hôpital concerné devrait revoir le délai d'intervention de toutes les personnes participant à l'offre de services obstétricaux d'urgence afin que le laps de temps entre la découverte et l'intervention soit le plus court possible. Les raisons de tout délai devraient être consignées.
10	1	Politiques et procédures	Les fournisseurs de soins obstétricaux de l'hôpital A devraient revoir les directives cliniques de 2007 sur la surveillance intrapartum du bien-être fœtal (<i>JOGC</i> , volume 29, n° 9, septembre 2007).

Résumés de cas de 2013 : Mortinaissances

Cas	Numéro	Thème	Recommandation
1	1	Politiques et procédures	Les hôpitaux devraient se doter d'une politique concernant les patientes enceintes de plus de 20 semaines se présentant à l'urgence afin d'accélérer la prestation de soins appropriés, et ils devraient régulièrement revoir cette politique avec le personnel de leur service d'urgence.
2	1	Politiques et procédures	L'obstétricien ou l'obstétricienne concerné(e) devrait revoir les directives cliniques de la SOGC intitulées <i>Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse : Résumé directif</i> (mars 2008, n° 206) et <i>Évaluation prénatale du bien-être fœtal</i> (juin 2000, n° 90).
2	2	Éducation et formation	L'hôpital devrait veiller à ce que tous les fournisseurs de soins obstétricaux connaissent la surveillance du bien-être fœtal et les troubles hypertensifs durant la grossesse, afin qu'ils soient en mesure de mieux évaluer et de traiter les patients concernés.
2	3	Politiques et procédures	L'hôpital devrait mettre en place des politiques et procédures d'investigation, de surveillance et de traitement pour les femmes enceintes hypertendues pendant la grossesse, le travail et après la naissance.
2	4	Éducation et formation	L'hôpital devrait offrir à tous les fournisseurs de soins obstétricaux de la formation sur le travail d'équipe interdisciplinaire et la communication.
2	5	Communications et documentation	Il faudrait rappeler à tous les fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'une documentation exacte et fournie promptement.
2	6	Autre	Le Comité recommande que le coroner régional principal effectue un suivi auprès de l'hôpital en ce qui a trait aux problèmes soulevés. S'il est d'avis que des problèmes systémiques persistent, le coroner régional principal devrait envisager de procéder à un examen auprès des représentants concernés de l'hôpital.
3	1	Soins médicaux	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que les grossesses à haut risque justifient une augmentation de la surveillance fœtale.
3	2	Soins médicaux	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que le signalement par la mère d'une diminution du mouvement fœtal justifie la réalisation de tests de surveillance du bien-être fœtal, que ce soit par ERF ou PBP.
4	1	Diagnostic et examens	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux le besoin d'obtenir un tracé cardiaque fœtal électronique lors de l'évaluation du travail à l'admission des patientes à terme présentant des facteurs de risque d'issue périnatale défavorable.
4	2	Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux de documenter le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale.
4	3	Éducation et formation	Il faudrait encourager le Provincial Council for Maternal and Child Health à envisager une initiative visant une réduction de l'incidence de l'obésité pendant la grossesse et des issues défavorables qui y sont associées.
5			Aucune recommandation.

Résumés de cas de 2014 : Décès maternels

Cas	Numéro	Thème	Recommandation
1	1	Politiques et procédures	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux et d'anesthésiologie obstétricale que les signes vitaux des patientes recevant des opioïdes à action prolongée par voie rachidienne ou épidurale pour une intervention obstétricale doivent faire l'objet d'un suivi conformément aux protocoles de l'American Society of Anesthesiologists.
1	2	Soins médicaux	Les fournisseurs de soins obstétricaux devraient demander une consultation anesthésiologique pour toutes les mères atteintes d'obésité de classe II (IMC > 35 avant la grossesse) avant l'accouchement.
1	3	Éducation	L'hôpital A devrait revoir avec son personnel infirmier les pratiques adéquates de surveillance à suivre après l'administration d'opioïdes par voie neuraxiale et la documentation à ce sujet.
2	1	Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de services d'anesthésiologie de consigner rigoureusement tous les aspects liés aux soins peropératoires prodigués à la patiente.
2	2	Soins médicaux	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux et de services d'anesthésiologie qu'une patiente autrement en bonne santé a la capacité de compenser une hémorragie intra-abdominale.
2	3	Soins médicaux	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux et de services d'anesthésiologie que le traitement le plus approprié pour une patiente subissant un choc hémorragique consiste en la transfusion de composants sanguins.
2	4	Qualité	Le médecin-chef de l'hôpital devrait étudier ce cas avec les médecins titulaires.
2	5	Politiques et procédures	Les fournisseurs de soins obstétricaux, anesthésiologiques et intensifs devraient revoir le protocole de transfusion massive en vigueur dans leur hôpital.
2	6	Soins médicaux	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux, anesthésiologiques et intensifs l'importance du maintien de la normothermie dans la prise en charge d'hémorragies.
2	7	Autre	Le comité recommande que le coroner régional principal effectue un suivi auprès de l'hôpital en ce qui a trait aux problèmes soulevés. S'il est d'avis que des problèmes systémiques persistent, le coroner régional principal devrait envisager de procéder à un examen auprès des représentants concernés de l'hôpital.
3	0		Aucune recommandation.

Résumés de cas de 2014 : Décès néonataux

Cas	Numéro	Thème	Recommandation
1	1	Diagnostic et examens	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'un indice de suspicion élevé est requis pour poser un diagnostic de stéatose hépatique aiguë gravidique, et qu'il doit être pris en compte dans le diagnostic différentiel de maladies hépatiques au troisième trimestre de grossesse.
1	2	Diagnostic et examens	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux d'envisager des tests de la fonction hépatique chez les patientes ayant des nausées, des vomissements et présentant un inconfort épigastrique.
1	3	Politiques et procédures	Le triage des patientes malades recevant des soins obstétricaux à l'hôpital A devrait être revu.
1	4	Diagnostic et examens – SFE	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux les directives de la SOGC relatives à la prise en charge des tracés anormaux de la fréquence cardiaque fœtale durant le travail.
1	5	Diagnostic et examens	Il faudrait conseiller aux fournisseurs de soins obstétricaux et néonataux de dépister les anomalies de l'oxydation des acides gras chez les mères atteintes de stéatose hépatique aiguë gravidique et leur enfant.
2	1	Diagnostic et examens – SFE	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux les directives relatives à la classification et à la prise en charge des tracés anormaux de la fréquence cardiaque fœtale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC, septembre 2007).
2	2	Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que l'anesthésiste et le pédiatre doivent en être avisés suffisamment tôt si leur présence risque d'être requise à l'accouchement.
3	1	Diagnostic et examens	Il faudrait encourager les fournisseurs de soins obstétricaux à envisager le test de Kleihauer lorsqu'une anémie est confirmée chez le nouveau-né ou le bébé mort-né.
4	1	Diagnostic et examens	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'une surveillance fœtale étroite en présence d'une prise de poids excessive et d'un polyhydramnios.
4	2	Soins médicaux ou Diagnostic et examens	En cas de tachyarythmie fœtale et notamment en présence d'anasarque, l'aiguillage vers un service périnatal spécialisé et la consultation en cardiologie infantile devraient être effectués dans le but de faciliter la prise de décisions quant au traitement in utero et au moment de l'accouchement. Dans la plupart des cas, le traitement pharmacologique in utero devrait être tenté dans le but d'améliorer l'état cardiovasculaire avant d'envisager l'accouchement.
6	1	Diagnostic et examens – SFE	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que la surveillance fœtale électronique continue devrait être maintenue si possible lors du déclenchement du travail dans le cadre d'une grossesse à haut risque.
6	2	Soins médicaux ou Diagnostic et examens	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que l'administration d'ocytocine en vue d'accélérer ou de déclencher le travail devrait être interrompue si une contraction tonique survient pendant un déclenchement à haut risque.
6	3	Soins médicaux ou Diagnostic et examens – SFE	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que lors du déclenchement de l'accouchement de jumeaux, la surveillance fœtale devrait comprendre la pose d'une électrode crânienne interne au jumeau A pour différencier les deux fœtus.
6	4	Politiques et procédures et Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que les établissements de soins obstétricaux devraient envisager de se doter d'un processus normalisé pour faciliter la communication à l'intérieur des équipes et la discussion sur la prise en charge planifiée et l'évolution des soins en présence de grossesses à haut risque.

Résumés de cas de 2014 : Mortinaissances

Cas	Numéro	Thème	Recommandation
1			Aucune recommandation.
2	1	Transfert et Politiques et procédures	Il faudrait rappeler aux sages-femmes les normes sur le transport par ambulance de l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario et la nécessité de demander l'aide des services médicaux d'urgence plus rapidement en milieu extrahospitalier pour tenir compte du temps nécessaire pour transférer une patiente de la maison vers l'hôpital.
2	2	Transfert	Il faudrait rappeler aux sages-femmes que les risques cumulatifs doivent être pris en compte dans la prise de décisions quant au moment de transférer une patiente à partir d'un milieu extrahospitalier.
2	3	Politiques et procédures	Il faudrait rappeler aux sages-femmes, aux ambulanciers et aux préposés aux services de santé d'urgence les politiques et processus énoncés à la section 5 (Obstetrical Conditions – Midwives at the Scene Standard) des normes <i>Basic Life Support Patient Care Standards</i> (janvier 2007, version 2.0) publiées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
2	4	Communications et documentation	Il faudrait rappeler aux sages-femmes que les discussions sur les décisions éclairées et les décisions subséquentes prises par les patients doivent être consignées rigoureusement en présence de facteurs de risque en évolution.

Les questions et les commentaires peuvent être adressés à :

Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux
 Bureau du coroner en chef
 25, avenue Morton Shulman
 Toronto (Ontario) M3M 0B1
occ.inquiries@ontario.ca