



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

Rapport annuel 2016

**Bureau du coroner en chef
Province de l'Ontario**

Novembre 2017

Table des matières

Message du président.....	i
Composition du Comité (2016).....	ii
Résumé	iii
Introduction	1
Aperçu des statistiques (2004-2016)	4
Résumés des cas examinés en 2016	9
Leçons à tirer des examens du CEDSMP	10
Annexe A	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 périnataux,
et M^{me} Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités.

Message du président



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

Le CEDSMP examine tous les cas de décès maternels signalés en Ontario par l'intermédiaire du système des coroners qui ont lieu durant la grossesse, pendant ou tout de suite après l'accouchement, et jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Les décès qui surviennent plus de 42 jours après l'accouchement font l'objet d'un examen si l'on soupçonne que la cause du décès est directement liée à la grossesse ou à une complication de celle-ci.

Le Comité se penche également sur les décès périnatals et les mortinaissances examinés par le Bureau du coroner en chef (BCC) pour lesquels des lacunes ont été relevées par la famille, le coroner enquêteur ou le coroner régional principal.

Le CEDSMP est composé de spécialistes chevronnés et réputés œuvrant dans diverses disciplines : obstétrique, médecine fœto-maternelle (MFM), sage-femmerie, soins infirmiers périnatals, anesthésiologie obstétricale, pathologie, néonatalogie et médecine familiale.

Depuis sa création, le CEDSMP a examiné un total de 368 cas et formulé 691 recommandations visant à prévenir les mortinaissances et les décès de mères et de nouveau-nés. En 2016, 17 cas ont été examinés, et 38 recommandations ont été formulées. Les problématiques qui sont le plus souvent ressorties des recommandations formulées en 2016 touchent l'aspect des politiques et des procédures ainsi que celui des communications et de la documentation.

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 à encourager les intervenants du milieu des soins obstétricaux 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 souligner le soutien de M^{me} Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités.

C'est avec fierté que je vous présente le rapport annuel 2016 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 périnatals

Composition du Comité (2016)

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 Kryzanasuskas

Sage-femme autorisée (milieu rural)

D^r Dilipkumar Mehta

Néonatalogiste (niveau 2)

M^{me} Linda Moscovitch

Sage-femme autorisée (milieu urbain)

D^r Toby Rose

Médecin légiste

D^r Gillian Yeates

Obstétricienne (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 obstétricaux, qui est devenu en 2004 le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux (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 377 cas et formulé 691 recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.
- En moyenne, 28 cas sont examinés et 53 recommandations sont formulées chaque année par le CEDSMP.
- Les problématiques qui sont le plus souvent ressorties des recommandations formulées entre 2004 et 2016 touchent les thèmes suivants : soins médicaux et infirmiers, politiques et procédures, communications et documentation, diagnostic et examens (au moyen de la surveillance fœtale électronique ou non).
- En 2016, 17 cas ont été examinés, et 38 recommandations ont été formulées.
- Parmi les 17 cas examinés en 2016, 4 portaient sur des décès maternels, 10 sur des décès néonataux et 3 sur des mortinaissances.
- Les décès de femmes enceintes dont la mort n'a pas été attribuée à leur grossesse sont mentionnés et sont examinés par l'équipe de gestion, sans toutefois faire l'objet d'examens formels. Par conséquent, ils n'ont pas d'incidence sur les statistiques. Les cas sont examinés par une équipe centrale de représentants du CEDSMP, qui se penchent entre autres sur les circonstances entourant le décès maternel. Les résultats de l'examen sont abordés par l'ensemble du Comité, ce qui peut donner lieu à des commentaires ou à des enquêtes supplémentaires.

Introduction

Raison d'être

En 1994, le Bureau du coroner en chef (BCC) a créé le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétricaux, qui est devenu en 2004 le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux (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 font l'objet d'un bref examen par l'équipe de gestion (contrairement à un examen par l'ensemble du Comité).

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

- Antepartum : durant la grossesse;
- 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 (source : *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, y compris lors d'un accouchement à domicile.

Le **décès néonatal** est un décès survenu dans les sept jours suivant la naissance de l'enfant.

Buts et objectifs

1. Aider les coroners de l'Ontario à enquêter sur les décès maternels et périnatals 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 Canada¹.
4. Informer les médecins, les sages-femmes, le personnel infirmier, les établissements fournissant des soins aux nouveau-nés et aux femmes, pendant la grossesse et après l'accouchement, 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-femmerie, 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 questions, de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques dans chaque cas examiné, afin de faciliter la formulation de recommandations appropriées de prévention.
7. Repérer les tendances, les facteurs de risque et les points communs qui se dégagent des cas examinés afin de recommander des stratégies efficaces d'intervention et de prévention.
8. Mener ou favoriser des activités de recherche selon les besoins.
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-femmerie 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.

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

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 ensuite envoyé au coroner régional principal qui a soumis le cas et qui peut, au besoin, approfondir l'enquête. Les recommandations sont transmises aux agences et organismes en mesure de les mettre en œuvre. On demandait auparavant 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. Depuis janvier 2017, on leur demande de fournir une réponse dans les six mois suivants.

Lorsqu'un cas présente un conflit d'intérêts potentiel ou réel pour un membre du Comité, le Comité l'examine 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 Comité 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 rapport annuel est exempt de détails permettant d'identifier les cas.

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 (2004-2016)

Le CEDSMP (anciennement le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétriques) 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 périnatals 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'examens et de recommandations depuis 2004.

De 2004 à 2016, le Comité a examiné 368 cas au total. Parmi ces cas, 110 (30 %) portaient sur des décès maternels, 169 (46 %) sur des décès néonataux et 89 (24 %) 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 et sont examinés par l'équipe de gestion, sans toutefois faire l'objet d'examens formels. Par conséquent, ils n'ont pas d'incidence sur les statistiques. Les cas sont examinés par une équipe centrale de représentants du CEDSMP, qui se penchent entre autres sur les circonstances entourant le décès maternel. Les résultats de l'examen sont abordés par l'ensemble du Comité, ce qui peut donner lieu à des commentaires ou à des enquêtes supplémentaires.

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.

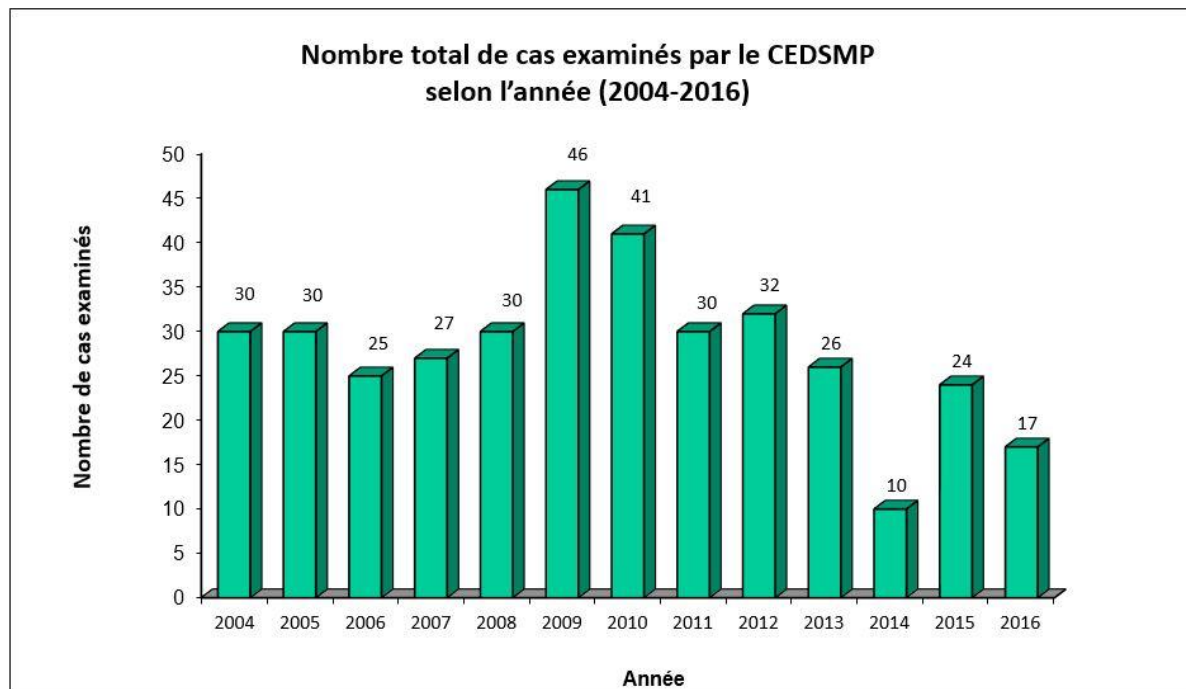
Dans le **tableau 1**, les cas sont répertoriés selon l'année où ils ont été examinés, ce qui ne correspond souvent pas à l'année du décès.

Tableau 1 : Nombre de cas examinés par le CEDSMP (2004-2016)

Cas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%	moy./ an
Nombre de cas examinés	30	30	25	27	30	46	41	30	32	26	10	24	17	368		28
Décès maternels	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	5	4	110	30 %	9
Décès néonataux	12	11	13	12	12	16	19	14	20	10	5	15	10	169	46 %	14
Mortinaissances	8	7	8	0	10	9	11	13	9	5	2	4	3	89	24 %	7

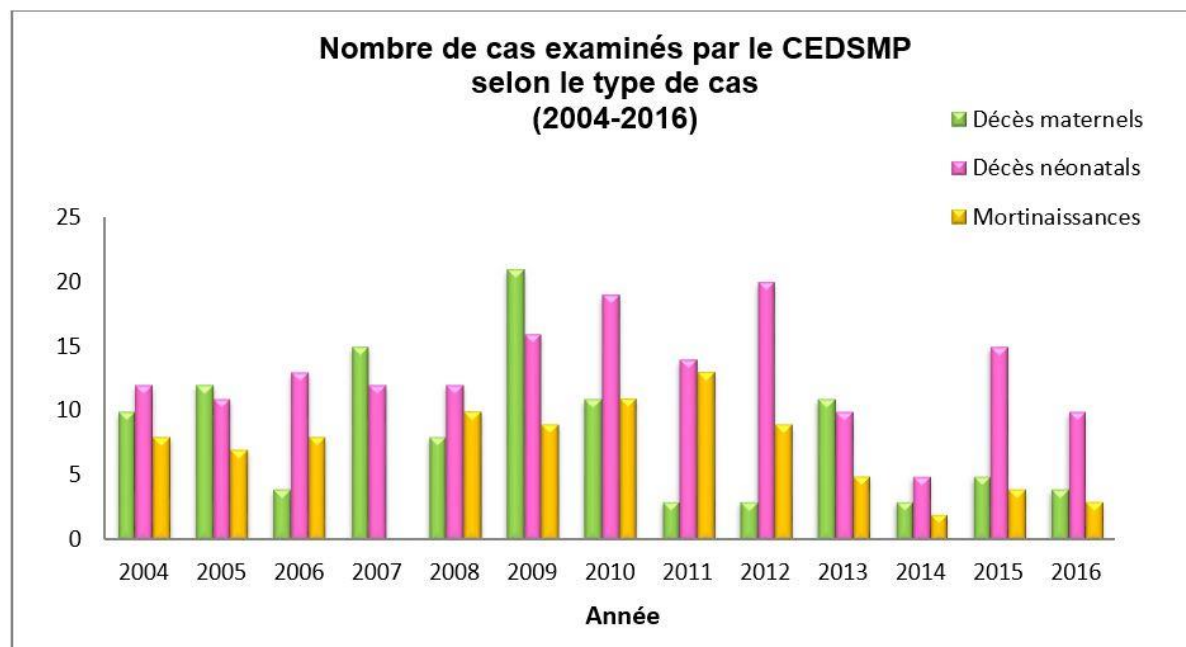
Le **tableau 1** montre que le nombre total de cas examinés entre 2004 et 2016 était variable, avec un minimum de 10 cas en 2014 et un maximum de 46 cas en 2009. Il est probable que cette variation reflète l'évolution des pratiques administratives du Comité (p. ex., temps requis pour effectuer l'examen des documents et la rédaction des rapports finaux).

Figure 1 : Nombre total de cas examinés par le CEDSMP selon l'année (2004-2016)



Comme l'illustre la **figure 1**, le nombre total de cas examinés entre 2004 et 2016 est demeuré relativement stable; une baisse marquée a été enregistrée en 2014 en raison de certains problèmes administratifs. En moyenne, le CEDSMP examine 28 cas par année.

Figure 2 : Nombre de cas examinés par le CEDSMP selon le type de cas (2004-2016)



La **figure 2** montre qu'entre 2004 et 2016, 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 (2004-2016)

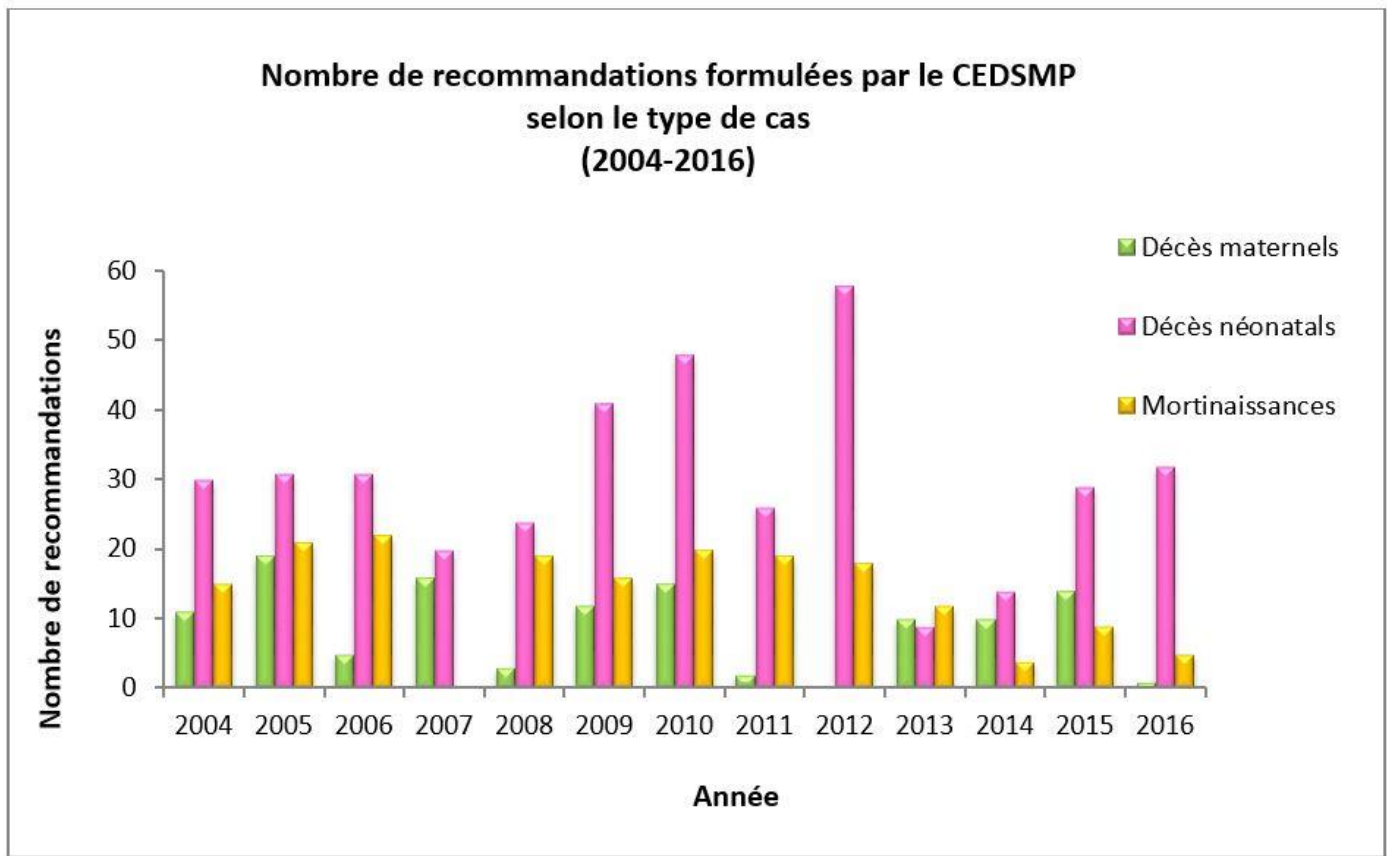
Recommandations	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%	moy./ an
Nombre de recommandations formulées	56	71	58	36	46	69	83	47	76	31	28	52	38	691	-	53
Décès maternels	11	19	5	16	3	12	15	2	0	10	10	14	1	118	17 %	10
Décès néonataux	30	31	31	20	24	41	48	26	58	9	14	29	32	393	57 %	33
Mortinaissances	15	21	22	0	19	16	20	19	18	12	4	9	5	180	26 %	15

Le **tableau 2** montre que le CEDSMP a formulé au total 691 recommandations entre 2004 et 2016, dont 118 (17 %) portaient sur des décès maternels, 393 (57 %) sur des décès néonataux et 180 (26 %) sur des mortinaissances. On peut constater qu’au fil des ans, la majorité des cas examinés et des recommandations formulées portent sur des décès néonataux. En moyenne, 53 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 (2004-2016)



Comme l'illustre la **figure 3**, entre 2004 et 2016, 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 (2004-2016)

	Décès maternels	Décès néonataux	Morti-naissances	Total	% du total
Soins médicaux	48 40 %	69 17 %	37 20 %	154	22 %
Politiques et procédures	28 23 %	81 20 %	35 19 %	144	20 %
Communications et documentation	12 10 %	66 16 %	34 19 %	112	16 %
Qualité	15 13 %	34 8 %	12 7 %	61	9 %
Diagnostic et examens	4 3 %	54 13 %	20 11 %	78	11 %
Diagnostic et examens – SFE	1 1 %	50 12 %	27 15 %	78	11 %
Éducation et formation	2 2 %	23 6 %	8 4 %	33	5 %
Ressources	3 3 %	14 3 %	3 2 %	20	3 %
Transfert	5 4 %	10 2 %	5 3 %	20	3 %
Autre	2 2 %	2 0,5 %	1 1 %	5	1 %

* Certaines recommandations touchent plus d'un thème.

Le **tableau 3** indique que 22 % des recommandations du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux formulées entre 2004 et 2016 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 16 % sur les communications et la documentation, en particulier sur la transmission rapide et exacte d'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) :

- 17 % de toutes les recommandations formulées après l'examen d'un cas de décès néonatal portaient sur les soins médicaux ou infirmiers;
- 20 % de toutes les recommandations formulées après l'examen d'un cas de décès néonatal portaient sur les politiques et les procédures;
- 16 % de toutes les recommandations formulées après l'examen d'un cas de décès néonatal portaient sur les communications et la documentation.

Au cours des dernières années, le recours à la surveillance fœtale électronique (SFE), l'interprétation du tracé de SFE 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 2016, 78 recommandations (11 % du nombre total) ont été formulées au sujet de la SFE.

Résumés des cas examinés en 2016

Les cas examinés par le CEDSMP en 2016 peuvent inclure des décès survenus les années précédentes.

Nombre total de cas examinés (c.-à-d., par l'ensemble du Comité) : 17

Nombre total de recommandations : 38

Nombre de cas de décès maternel examinés par l'ensemble du Comité : 4

Nombre de cas de décès maternel examinés par l'équipe de gestion* : 9

Nombre de recommandations tirées des décès maternels examinés : 1

Nombre de cas de décès néonatal examinés : 10

Nombre de recommandations tirées des décès néonataux examinés : 32

Nombre de cas de mortinaissance examinés : 3

Nombre de recommandations tirées des cas de mortinaissance examinés : 5

* Les décès de femmes enceintes dont la mort n'a pas été attribuée à leur grossesse sont mentionnés et sont examinés par l'équipe de gestion, sans toutefois faire l'objet d'examens formels. Par conséquent, ils n'ont pas d'incidence sur les statistiques. Les cas sont examinés par une équipe centrale de représentants du CEDSMP, qui se penchent entre autres sur les circonstances entourant le décès maternel. Les résultats de l'examen sont abordés par l'ensemble du Comité, ce qui peut donner lieu à des commentaires ou à des enquêtes supplémentaires.

Un résumé des cas examinés et des recommandations formulées en 2016 figure à l'annexe A.

Leçons à tirer des examens du CEDSMP

Au fil des ans, le CEDSMP a observé des tendances parmi les problèmes recensés durant le processus d'examen. Les thèmes qui ressortent constamment sont les suivants : soins médicaux et infirmiers, politiques et procédures, et communications et documentation. Parmi les éléments précis qui continuent d'être mentionnés, notons les interventions en cas de détresse fœtale, l'importance de distinguer la fréquence cardiaque du fœtus de celle de la mère, la communication entre les fournisseurs de soins obstétricaux ainsi que le transport.

Le CEDSMP cherche toujours à mettre en évidence la présence ou l'absence de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques afin de faciliter la formulation de recommandations de prévention appropriées. À partir des tendances, des facteurs de risques et des caractéristiques recensés durant le processus d'examen, le Comité formulera des recommandations en matière de stratégies de prévention et d'interventions efficaces. Celles-ci viseront entre autres la promotion de la recherche et l'élaboration d'initiatives éducatives et stratégiques axées sur les soins fournis aux femmes enceintes et en post-partum ainsi qu'à leurs nouveau-nés.

Annexe A

Résumé des cas examinés en 2016

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
EX-01	Décès maternels – Équipe de gestion	Homicide d'une femme de 29 ans par son mari. Au moment de son décès, la femme était enceinte de 20 semaines. La cause du décès est la noyade.		Aucune recommandation.
EX-02	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte, une femme de 25 ans G ₅ P ₃ A ₁ , est décédée dans son bain. Les causes potentielles de la noyade incluent une crise épileptique attribuable à une hypertension artérielle gravidique, une arythmie cardiaque ou une chute dans le bain.		Aucune recommandation.
EX-03	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte, une femme de 35 ans, est décédée d'une pancréatite nécrosante causée par une hypertriglycémie gestationnelle.		Aucune recommandation.
EX-04	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte, une femme de 42 ans, est décédée neuf jours après avoir donné naissance à son cinquième enfant d'une dissection de l'artère interventriculaire antérieure.		Aucune recommandation.
EX-05	Décès maternels –	La défunte, une femme de 30 ans		Aucune recommandation.

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
	Équipe de gestion	G ₂ P ₂ , mère d'un enfant de 4 ans et d'un bébé d'un mois, est décédée d'une défaillance de plusieurs organes causée par : a) une sepsie; et b) une infection à streptocoques du groupe A.		
EX-06	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte, une femme de 25 ans, avait eu 3 grossesses, une appendicectomie, et des antécédents de consommation légère de drogues illicites. Ses antécédents psychosociaux incluaient de la violence conjugale, de la dépression et des idées suicidaires. Son décès a été attribué à un accident ischémique cérébral aigu associé à la grossesse.		Aucune recommandation.
EX-07	Décès maternels – Équipe de gestion	Homicide d'une femme de 33 ans par son mari, qui s'est ensuite suicidé. Le décès a été attribué à de multiples traumatismes contondants. La femme avait également été poignardée à plusieurs reprises.		Aucune recommandation.
EX-08	Décès maternels –	La défunte était une femme de 28 ans		Aucune recommandation.

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
	Équipe de gestion	ayant subi par le passé une amputation de la jambe gauche sous le genou à la suite de complications attribuables à un pied bot, pour lequel elle avait subi de multiples chirurgies. On lui a diagnostiqué un syndrome d'Ehlers-Danlos de type IV, qui a entraîné une rupture utérine et un choc hémorragique.		
EX-09	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte, une femme de 31 ans, est décédée d'une rupture de grossesse ectopique. La défunte ne savait pas qu'elle était enceinte.		Aucune recommandation.
M-01	Décès maternels	La défunte, une femme de 22 ans G ₂ P ₀ A ₁ ayant d'importants antécédents médicaux de fibrose kystique, est décédée à la suite d'une hémorragie pulmonaire, une complication de sa fibrose kystique, durant le troisième trimestre de sa grossesse.		Aucune recommandation.
M-02	Décès maternels	La défunte, une femme de 34 ans G ₂ P ₀ A ₁ , est décédée d'une cardiopathie hypertensive, qui peut entraîner une mort subite attribuable à		Aucune recommandation.

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
		une arythmie cardiaque.		
M-03	Décès maternels	La défunte, une femme de 37 ans G ₅ T ₂ A ₂ , est décédée des complications d'une sepsie à streptocoques du groupe A.		Aucune recommandation.
M-04	Décès maternels	La défunte, une femme de 23 ans G ₃ P ₀ , est décédée d'une sepsie à streptocoques du groupe A.	Diagnostic et examens	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux d'envisager de consulter rapidement un interniste ou un intensiviste lorsque l'état d'une patiente est instable.
N-01	Décès néonataux	Le défunt était un bébé âgé de deux jours. L'autopsie a révélé un céphalhématome et une hémorragie méningée modérément grave. Une encéphalopathie anoxique-ischémique grave globale a aussi été détectée, ainsi qu'une nécrose hémorragique des deux glandes surrénales attribuable à un traumatisme associé à l'accouchement ou à une hypoxie périnatale. Aucun signe d'infection n'a été détecté.	Éducation et formation Politiques et procédures Politiques et procédures Communications et documentation	1. L'hôpital A devrait régulièrement organiser des simulations d'urgences obstétriques qui mesurent aussi le temps nécessaire pour répondre aux appels et effectuer une césarienne. 2. Les fournisseurs de soins obstétricaux de l'hôpital A devraient revoir la directive clinique n° 148 de la SOGC, intitulée <i>Directive sur l'accouchement vaginal opératoire</i> et publiée en août 2004. 3. L'hôpital A devrait revoir le document du Provincial Council for Maternal and Child Health intitulé <i>Standardized Maternal and Newborn Levels of Care Definitions</i> et déterminer quel est le niveau de soins approprié pour les soins qu'il est en mesure de fournir. 4. L'hôpital A devrait informer le public quant au niveau de soins qu'il est en mesure de

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
			Politiques et procédures	fournir aux mères et aux nouveau-nés.
			Communications et documentation	5. Les hôpitaux offrant des services de césarienne devraient être capables de préparer l'intervention dans les 30 minutes suivant la prise de cette décision (voir <i>La présence du personnel médical au moment du travail et de l'accouchement-lignes directrices sur les soins obstétricaux</i> , Déclaration de principes de la SOGC n° 89, mai 2000).
			Politiques et procédures	6. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de dresser la liste des facteurs de risque et de communiquer de façon claire et rapide avec toute l'équipe participant au travail et à l'accouchement. Les fournisseurs doivent connaître la disponibilité du personnel des services d'obstétrique, d'anesthésie, de néonatalogie et de la salle d'opération.
			Éducation et formation	7. Les fournisseurs de soins obstétricaux sont invités à relire l'article « Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'antepartum et intrapartum » (<i>JOGC</i> , vol. 29, n° 9, sept. 2007).
				8. Les professionnels des soins de santé qui travaillent dans des hôpitaux de niveau 1 où sont fournis des soins obstétricaux devraient suivre régulièrement une formation du programme GESTA ^{MD} ou du Programme de réanimation néonatale, ou

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
		d'une rupture prématurée des membranes.	Communications et documentation	intrapartum publiées en septembre 2007. 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux la nécessité de documenter les indications de l'accouchement opératoire et les détails de la chirurgie.
N-04	Décès néonataux	Le défunt était un bébé âgé de deux jours. Le décès a été attribué à un traumatisme cérébral et à une encéphalopathie hypoxique-ischémique, une complication à la naissance.	Politiques et procédures Soins médicaux Éducation et formation Communications et documentation	1. La SOGC devrait envisager d'élaborer une directive concernant les césariennes difficiles, surtout en ce qui concerne l'extraction difficile d'un fœtus, afin de mieux préparer les fournisseurs de soins obstétricaux à ce type d'urgence. 2. Au moment de passer en revue la liste de vérification avant l'opération, les fournisseurs de soins obstétricaux devraient discuter de la possibilité d'une extraction difficile et prévoir un plan en conséquence. 3. Les personnes responsables de la qualité des soins dans les services de santé maternelle et néonatale de tous les hôpitaux doivent veiller à ce que des membres du personnel soient bien formés et disponibles pour effectuer des manœuvres de réanimation complètes à tout nouveau-né, conformément au Programme de réanimation néonatale. 4. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux et néonataux la nécessité de documenter précisément et sans délai

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				tout événement associé à la prise en charge de nouveau-nés.
N-05	Décès néonataux	Le défunt était un bébé âgé de 10 minutes.	Diagnostic et examens – SFE Politiques et procédures Transfert	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux de mesurer la fréquence cardiaque de la mère et du fœtus pour veiller à ce que ce soit bien la fréquence cardiaque fœtale qui est détectée, et non celle de la mère. 2. L'Ordre des sages-femmes de l'Ontario devrait revoir sa prise de position par rapport à l'accouchement vaginal après césarienne et au choix du lieu de naissance. 3. Il faudrait rappeler aux sages-femmes d'avoir recours, lorsqu'indiqué, aux services médicaux d'urgence pour transporter les femmes en travail.
N-06	Décès néonataux	Le défunt, un bébé âgé de six heures, est décédé d'une asphyxie intra-utérine.	Soins médicaux Politiques et procédures	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'envisager en temps opportun l'accouchement par césarienne comme solution de rechange lorsqu'il est nécessaire d'utiliser des forceps ou une ventouse obstétricale. 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de surveiller le bien-être fœtal, en particulier dans le contexte du déclenchement et de la stimulation du travail.
N-07	Décès néonataux	Le défunt, un bébé âgé de 24 heures, est décédé d'une encéphalopathie	Communications et documentation	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins de santé l'importance de documenter, de façon claire et sans délai,

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
		pendant une période prolongée.		
N-09	Décès néonataux	Le défunt, un bébé âgé d'un mois, est décédé en raison d'un retour veineux pulmonaire anormal total avec hypertrophie du ventricule droit.	Diagnostic et examens Communications et documentation Politiques et procédures Communications et documentation	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux d'envisager toutes les causes de retard staturo-pondéral lorsqu'ils évaluent les nouveau-nés. 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que l'attribution d'un congé précoce à un nouveau-né à risque doit faire l'objet d'une discussion et d'une décision éclairées, qui doivent être consignées de façon claire et concise. 3. Des directives canadiennes devraient être élaborées concernant l'évaluation de la saturation en oxygène chez tous les nouveau-nés afin de faciliter le diagnostic d'une cardiopathie congénitale cyanogène. 4. Il faudrait revoir les directives destinées aux sages-femmes concernant les consultations et le transfert de soins afin d'y inclure les paramètres de croissance dans le contexte d'une faible prise de poids.
N-10	Décès néonataux	Le défunt était un bébé âgé de 20 jours. L'autopsie portait uniquement sur le cœur. Le décès est attribuable à une cardiopathie congénitale.	Diagnostic et examens Éducation et formation	1. Il faudrait rappeler aux imageurs obstétricaux, tant les technologues que les radiologistes, les exigences techniques et les directives d'imagerie associées au monitoring cardiaque fœtal durant le deuxième trimestre. 2. Dans une UNSI de niveau 2, la capacité d'appliquer les techniques d'intubation et de fournir une assistance

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
			Communications et documentation	respiratoire adéquate est cruciale. Les connaissances des fournisseurs de soins en matière de techniques d'intubation et de respiration doivent être à jour. 3. Il est recommandé de communiquer rapidement avec l'établissement de soins tertiaires afin d'orienter le traitement et d'accélérer le transfert.
S-01	Mortinaissances	Le décès a été attribué à un syndrome d'infection amniotique aigu.	Diagnostic et examens – SFE Communications et documentation	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'il est essentiel de distinguer la fréquence cardiaque fœtale du pouls de la mère, surtout si cette dernière présente une tachycardie. 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de communiquer et de documenter clairement l'identité du principal fournisseur de soins.
S-02	Mortinaissances	Le décès a été attribué à divers facteurs placentaires durant le travail. Parmi ces facteurs, notons une hypoplasie placentaire avec infarctus ainsi qu'une chorioamnionite (de degré insuffisant pour qu'il s'agisse de la cause primaire).		Aucune recommandation.
S-03	Mortinaissances	Le décès a été attribué à une bactériémie à <i>Morganella morganii</i> .	Politiques et procédures	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux la définition d'un tracé anormal de fréquence cardiaque fœtale et sa prise en charge, conformément à la

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
			Communications et documentation Qualité	directive de la SOGC intitulée <i>Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'antepartum et intrapartum</i> (septembre 2007). 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de consigner des renseignements appropriés et complets durant le travail. 3. L'hôpital concerné devrait procéder à un « examen de cas des leçons apprises » fondé sur les soins et la prise en charge de la mère et du bébé mort-né. Les médecins et le personnel infirmier ayant participé aux soins devraient participer à l'examen, qui pourrait porter sur les sujets suivants : • la surveillance du bien-être fœtal, notamment la détection, l'interprétation et la prise en charge des tracés anormaux de fréquence cardiaque fœtale; • la communication et la consignation rapide, efficace et complète des observations, des évaluations et des décisions.

Les questions et les commentaires peuvent être adressés à :

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