

Bureau du coroner en chef
Province de l'Ontario

Octobre 2018



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

Rapport annuel 2017

Table des matières

Message du président.....	i
Composition du Comité (2017).....	ii
Résumé.....	iii
Introduction	1
Aperçu des statistiques (2004-2017)	4
Résumés des cas examinés en 2017	10
Leçons à tirer des examens du CEDSMP	11
Annexe A	12

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 403 cas et formulé 713 recommandations visant à prévenir les mortinaissances et les décès de mères et de nouveau-nés. En 2017, 19 cas ont été examinés, et 22 recommandations ont été formulées. Les problématiques qui sont le plus souvent ressorties des recommandations formulées en 2017 concernent la prise en charge médicale ainsi que le diagnostic et les examens.

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 2017 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 (2017)

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 403 cas et formulé 713 recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.
- En moyenne, 29 cas sont examinés et 51 recommandations sont formulées chaque année par le CEDSMP.
- Les problématiques qui sont le plus souvent ressorties des recommandations formulées entre 2004 et 2017 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 2017, 19 cas ont été examinés, et 22 recommandations ont été formulées.
- Parmi les 19 cas examinés en 2017, 10 portaient sur des décès maternels (sept examens par l'équipe de gestion et trois examens par l'ensemble du Comité), 8 sur des décès néonataux et 1 sur une mortinaissance.
- 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. 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 supplémentaires¹.

¹ Depuis le rapport annuel de 2017, les examens par l'équipe de gestion sont comptés dans les statistiques sur le nombre total d'examens réalisés.

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 à des fins statistiques et font l'objet d'un bref examen par l'équipe de gestion.

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 Canada².
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.

² *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 demande aux destinataires de préparer une réponse concernant l'état de la mise en œuvre des recommandations qui leur ont été adressées dans les six mois suivant leur réception.

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 (2004-2017)

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 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 2017, le Comité a examiné 403 cas au total. Parmi ces cas, 136 (34 %) portaient sur des décès maternels, 177 (44 %) sur des décès néonataux et 90 (22 %) sur des mortinaissances. Ces chiffres sont représentatifs de la politique du BCC, qui est d'examiner tous les décès maternels. Depuis 2015, 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. 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. Au besoin, l'ensemble du Comité peut recommander la tenue d'un examen complet à la suite d'un examen par l'équipe de gestion. Les données présentées ci-dessous reflètent le nombre total d'examens (par l'équipe de gestion et par l'ensemble du Comité) menés par le CEDSMP.

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.

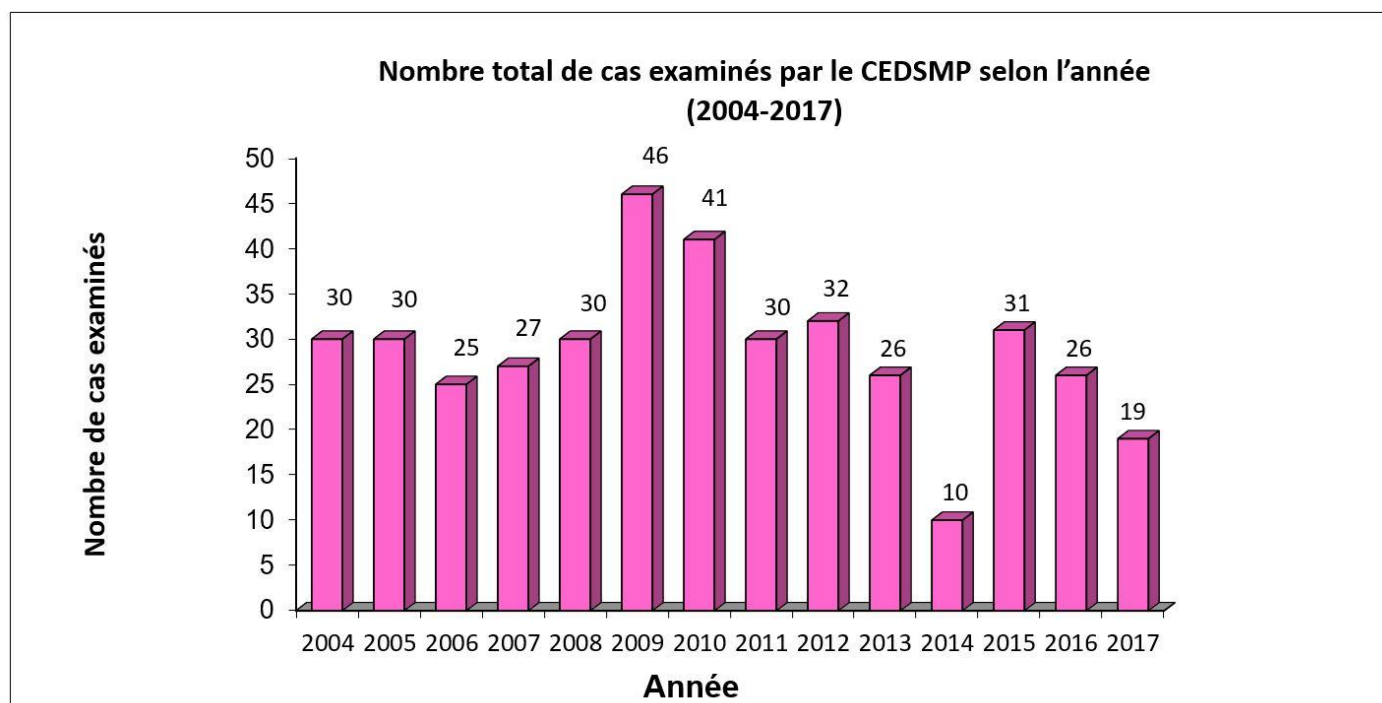
Dans le **tableau 1**, les cas sont répertoriés selon l'année où ils ont été examinés, ce qui ne correspond souvent pas à l'année du décès.

Tableau 1 : Nombre de cas examinés par le CEDSMP (2004-2017)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%	moy./ an
Nombre de cas examinés	30	30	25	27	30	46	41	30	32	26	10	31	26	19	403		29
Décès maternels - examen par l'équipe de gestion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	9	7	23	-	8
Décès maternels - examen par l'ensemble du Comité	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	5	4	3	113	28 %	8
Décès maternels - total	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	12	13	10	136	34 %	-
Décès néonataux	12	11	13	12	12	16	19	14	20	10	5	15	10	8	177	44 %	13
Mortinaissances	8	7	8	0	10	9	11	13	9	5	2	4	3	1	90	22 %	6

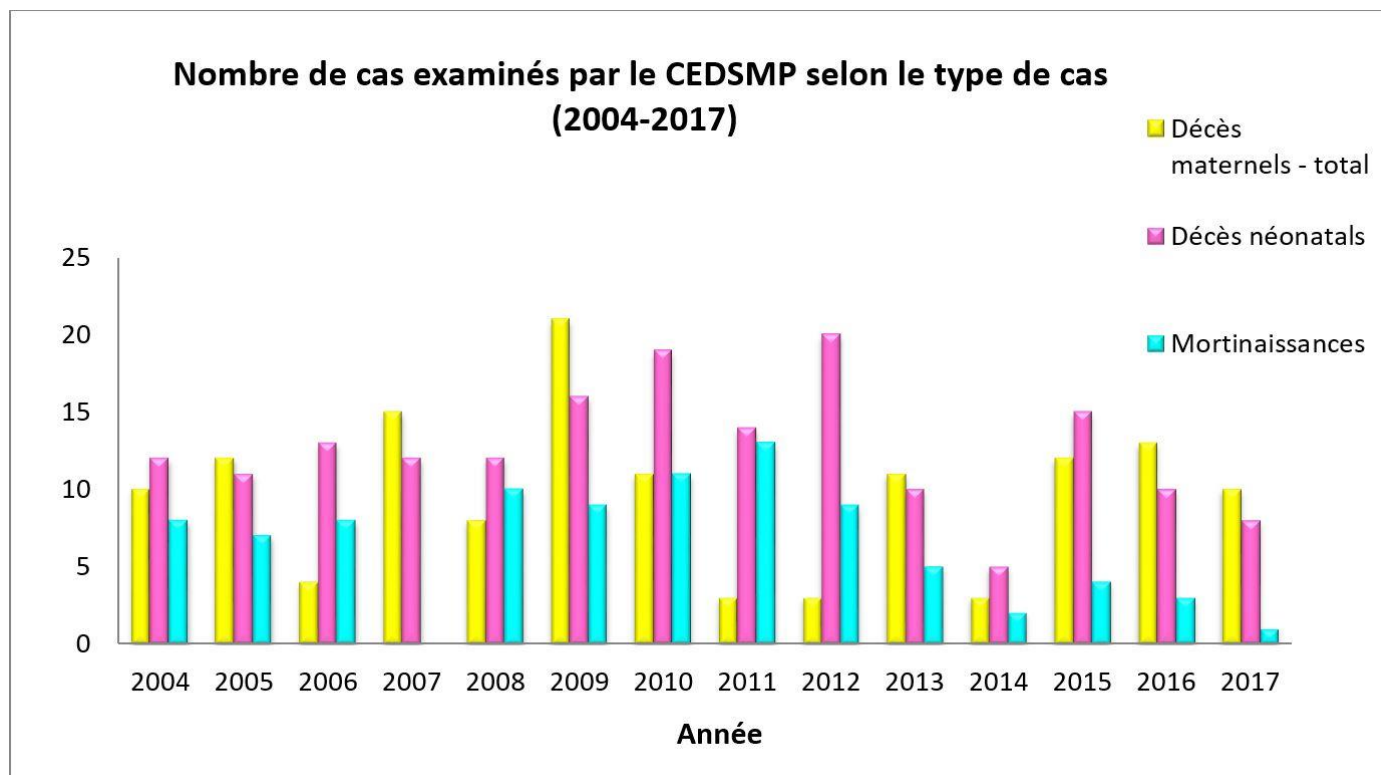
Le **tableau 1** montre que le nombre total de cas examinés entre 2004 et 2017 était variable, avec un minimum de 10 cas en 2014 et un maximum de 46 cas en 2009. Il est probable que cette variation reflète l'évolution des pratiques administratives du Comité (p. ex., temps requis pour effectuer l'examen des documents et la rédaction des rapports finaux).

Figure 1 : Nombre total de cas examinés par le CEDSMP selon l'année (2004-2017)



Comme l'illustre la **figure 1**, le nombre total de cas examinés a grandement varié entre 2004 et 2017. C'est en 2014 qu'il était au plus bas, avec 10 cas; le maximum a été atteint en 2009, avec 46 cas. Cette variation s'explique par la nature subjective des signalements au Comité (seuls les décès maternels doivent obligatoirement être signalés; le signalement de tous les autres types de décès est à la discrétion du coronar régional principal) et certains problèmes administratifs. En moyenne, le CEDSMP examine 29 cas par année.

Figure 2 : Nombre de cas examinés par le CEDSMP selon le type de cas (2004-2017)



La **figure 2** montre qu'entre 2004 et 2017, 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 (2004-2017)

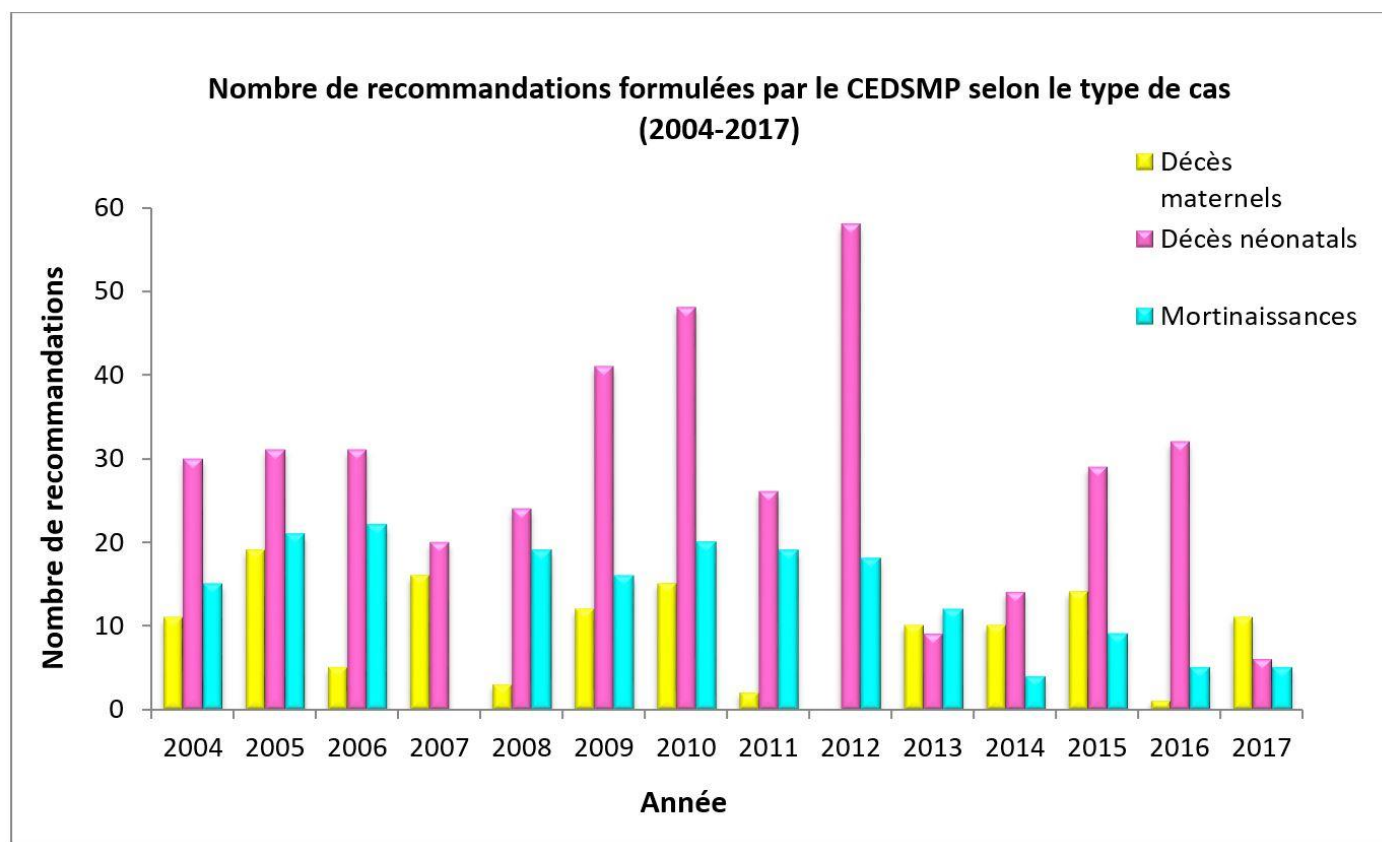
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%	moy./an
Nombre de recommandations formulées	56	71	58	36	46	69	83	47	76	31	28	52	38	22	713		51
Décès maternels	11	19	5	16	3	12	15	2	0	10	10	14	1	11	129	18 %	9
Décès néonataux	30	31	31	20	24	41	48	26	58	9	14	29	32	6	399	56 %	29
Mortinaissances	15	21	22	0	19	16	20	19	18	12	4	9	5	5	185	26 %	13

Le **tableau 2** montre que le CEDSMP a formulé au total 713 recommandations entre 2004 et 2017, dont 129 (18 %) portaient sur des décès maternels, 399 (56 %) sur des décès néonataux et 185 (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, 51 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 du fournisseur de soins obstétricaux);
- 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'examen 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 (2004-2017)



Comme l'illustre la **figure 3**, entre 2004 et 2017, la plupart des recommandations formulées portaient sur des décès néonataux.

Tableau 3 : Nombre et pourcentage de recommandations formulées par le CEDSMP selon le thème ou le domaine problématique (2004-2017)

	Décès maternels	Décès néonataux	Mortinaissances	Total	% du total
Fournisseur de soins obstétricaux	52 40 %	70 17 %	40 21 %	162	22 %
Politiques et procédures	28 21 %	82 20 %	35 19 %	145	20 %
Communications et documentation	14 11 %	67 16 %	34 18 %	115	16 %
Qualité	16 12 %	35 9 %	12 6 %	63	9 %
Diagnostic et examens	7 5 %	56 14 %	21 11 %	84	12 %
Diagnostic et examens – SFE	1 1 %	50 12 %	27 14 %	78	11 %
Éducation et formation	3 2 %	23 6 %	9 5 %	35	5 %
Ressources	3 2 %	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 2017 portaient sur l'amélioration ou la résolution des problèmes liés au fournisseur de soins obstétricaux, 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 des problèmes liés au fournisseur de soins obstétricaux;
- 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 2017, 78 recommandations (11 % du nombre total) ont été formulées au sujet de la SFE.

Résumés des cas examinés en 2017

Les cas examinés par le CEDSMP en 2017 peuvent inclure des décès survenus les années précédentes.

Nombre total de cas examinés (par l'équipe de gestion et par l'ensemble du Comité) : 19

Nombre total de recommandations : 22

Nombre de cas de décès maternel examinés par l'ensemble du Comité : 3

Nombre de cas de décès maternel examinés par l'équipe de gestion* : 7

Nombre de recommandations tirées des décès maternels examinés : 11

Nombre de cas de décès néonatal examinés : 8

Nombre de recommandations tirées des décès néonataux examinés : 6

Nombre de cas de mortinaissance examinés : 1

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. 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 2017 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 : problèmes liés au fournisseur de soins obstétricaux, politiques et procédures, et communications et documentation. Parmi les éléments précis qui continuent d'être mentionnés, notons les interventions en cas de tracés anormaux ou atypiques du rythme cardiaque fœtal, 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 2017

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
EX-01	Décès maternels – Équipe de gestion	Ce cas porte sur le décès d'une femme de 33 ans qui était enceinte de 10 semaines juste avant son décès. La cause du décès est une ischémie intestinale attribuable à une thrombose de la veine mésentérique supérieure et de la veine porte. Le mode de décès est naturel. On croit que le décès est au moins partiellement lié à l'état d'hypercoagulabilité associé à la grossesse.	S.O.	Aucune recommandation.
EX-02	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte, une femme de 31 ans, a été victime d'un homicide alors qu'elle était enceinte de 6 ou 7 mois. Le cas n'est pas considéré comme étant un homicide au sein de la famille.	S.O.	Aucune recommandation.
EX-03	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte, une femme enceinte de 33 ans, a été atteinte d'une balle et a été victime d'un homicide.	S.O.	Aucune recommandation.
EX-04	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte était une femme de 28 ans qui était enceinte de quatre mois au moment de son décès. La cause du décès était un effet de masse associé à une herniation cérébrale et à une encéphalopathie hypoxique-ischémique causées par une hémorragie intracérébrale due à la rupture d'une malformation artérioveineuse dans le	S.O.	Aucune recommandation.

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
		lobe frontal gauche. On a noté qu'une consommation récente de cocaïne avait contribué au décès.		
EX-05	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte était une femme de 42 ans qui avait récemment donné naissance à son troisième enfant. Elle s'est effondrée six jours après l'accouchement. On a diagnostiqué une hémorragie sous-arachnoïdienne massive causée par une rupture d'anévrisme artériel.	S.O.	Aucune recommandation.
EX-06	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte était une femme autochtone de 21 ans qui avait récemment appris qu'elle était enceinte. Elle a été trouvée étendue dans la neige. La cause du décès est l'hypothermie. Il s'agit d'un décès accidentel.	S.O.	Aucune recommandation.
EX-07	Décès maternels – Équipe de gestion	La défunte était une femme autochtone de 22 ans qui était enceinte et vivait dans une collectivité éloignée. Il s'agit d'un cas de suicide.	S.O.	Aucune recommandation.
M-01	Décès maternels	La défunte était une femme de 32 ans G ₂ P ₁ . La cause du décès est une hémorragie intracérébrale aiguë dans le lobe frontal gauche qui s'est étendue jusque dans l'espace sous-arachnoïdien.	Diagnostic et examens Communications et documentation Éducation et formations	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'il est fort probable qu'un hématome rétroplacentaire causant une mortinaissance soit de grande taille et qu'un examen d'urgence devrait être effectué pour vérifier s'il y a une coagulopathie. Le décollement est une cause importante de morbidité et de mortalité chez les mères et les nouveau-nés.

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'agir devant des résultats anormaux au Doppler de l'artère utérine, d'orienter la patiente vers un spécialiste en médecine fœto-maternelle et de veiller à ce qu'elle soit suivie de près (Directive clinique de la SOGC, <i>Surveillance fœtale antepartum</i>, septembre 2007). 3. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de la prise en charge de la prééclampsie ainsi que d'une bonne communication et d'une collaboration étroite avec toutes les équipes participant aux soins maternels. 4. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'il conviendrait de relever les facteurs de risque clinique de retard de croissance intra-utérin au moyen d'antécédents complets et exhaustifs. L'administration d'aspirine à faible dose (à partir de la 12^e à la 16^e semaine de gestation et jusqu'à 36 semaines) devrait être recommandée aux femmes qui présentent des antécédents de syndrome d'insuffisance placentaire, y compris le retard de croissance intra-utérin et la prééclampsie (Directive Clinique de la SOGC n° 295, <i>Retard de croissance intra-utérin : Dépistage, diagnostic et prise en charge</i>, août 2013).

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				5. Les fournisseurs de soins obstétricaux ayant participé à la prise en charge de ce cas devraient procéder à un examen de cas des leçons apprises des circonstances entourant ce décès. Cet examen devrait notamment porter sur les éléments suivants : • Soins prénatals • Processus d'aiguillage • Communications et documentation des décisions et des interventions • Politiques relatives au principal médecin responsable • Transfert de responsabilité • Indication au dossier de ce qui a été dit à la patiente • Suivi avec la patiente • Retard pour amorcer l'administration de produits sanguins • Prise en charge de l'hypertension • Supervision de la formation
M-02	Décès maternels	La défunte était une femme de 36 ans G ₂ P ₁ qui avait subi une intervention Roux-en-Y par laparoscopie deux années auparavant. La femme est décédée en raison d'une occlusion intestinale ayant entraîné la nécrose ischémique d'une partie de l'intestin grêle et une pneumonie par aspiration lors de l'intervention visant à éliminer l'occlusion. Elle était enceinte d'environ 25 semaines.	Prise en charge médicale Qualité Communications et documentation	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'il y a un risque d'occlusion intestinale pendant la grossesse chez les patientes qui ont déjà subi une chirurgie gastro-intestinale. 2. Les fournisseurs de soins obstétricaux devraient envisager de consulter des professionnels d'un centre de soins tertiaires lorsqu'ils prennent en charge une patiente gravement malade et un cas de fœtus prématuré. 3. Un examen de la qualité des soins devrait être effectué par les deux hôpitaux ayant participé aux soins de la patiente.

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				4. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins d'anesthésie de consigner en détail tous les aspects des soins peropératoires des patients. 5. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins d'anesthésie d'utiliser des stratégies pour optimiser l'état des patients gravement malades avant l'intervention et pendant les soins peropératoires. 6. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins d'anesthésie d'envisager d'utiliser des stratégies de réduction des risques pour les patientes courant un risque d'aspiration pulmonaire et des stratégies de prise en charge dans les cas d'aspiration peropératoire.
M-03	Décès maternels	La défunte était une femme de 42 ans G ₃ P ₀ . La cause du décès est un œdème cérébral massif ayant entraîné une herniation cérébrale et la mort cérébrale secondaire à un méningiome pénétrant dans le lobe temporal gauche et presque entièrement entouré de tissu cérébral.	S.O.	Aucune recommandation.
N-01	Décès néonataux	Le défunt était un petit garçon âgé d'un mois, qui est décédé d'une hypoplasie du cœur gauche. La mère était une femme primipare de 29 ans ayant des antécédents d'IMC élevé, de stéatose hépatique et de diabète de type 2.	Communications et documentation Diagnostic et examens	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins primaires et obstétricaux l'importance de la consultation préconceptionnelle pour les femmes ayant le diabète, surtout pour aborder la régulation de la glycémie et les suppléments d'acide folique. 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'une évaluation anatomique et d'un

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				échocardiogramme fœtal systématiques en raison des risques accrus d'anomalies congénitales auxquels sont exposés les enfants de mères diabétiques. 3. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux et aux radiologistes que les lignes directrices actuelles en matière d'évaluation systématique du cœur du fœtus stipulent qu'ils doivent au minimum effectuer un examen visuel des quatre cavités cardiaques et des vaisseaux d'éjection (Lignes directrices sur les pratiques [mises à jour] de l'ISUOG, « Sonographic screening examination of the fetal heart », <i>Ultrasound Obstet Gynecol</i>, vol. 41, 2013, p. 348-359).
N-02	Décès néonataux	La défunte était une petite fille âgée de deux jours. La cause du décès n'a pas été établie et le mode de décès n'a pas été déterminé.	S.O.	Aucune recommandation.
N-03	Décès néonataux	La défunte était une petite fille âgée de six jours qui est décédée d'une encéphalopathie hypoxique-ischémique.	Qualité	1. Le coroner régional principal et les fournisseurs de soins obstétricaux (personnel infirmier, médecins et résidents) de l'hôpital concerné devraient procéder à un examen des soins obstétricaux fournis à la mère de l'enfant décédé. Cet examen devrait notamment porter sur les éléments suivants : • Politiques et protocoles relatifs à la supervision des résidents • Prise en charge médicale et

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				évaluation de l'avancement du travail Détection et prise en charge des tracés atypiques du rythme cardiaque fœtal.
N-04	Décès néonataux	La défunte était une petite fille âgée de 13 jours qui est décédée d'une lésion cérébrale hypoxique-ischémique.	S.O.	Aucune recommandation.
N-05	Décès néonataux	Le défunt était un petit garçon âgé de 23 jours qui est décédé d'une infection à <i>Citrobacter koseri</i> du système nerveux central.	Prise en charge médicale	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins néonataux d'effectuer un remplacement liquidien intensif, d'administrer un antibiotique à large spectre dès qu'ils constatent une septicémie à Gram négatif et de procéder au transfert rapide des nouveau-nés gravement malades dans un hôpital de niveau III.
N-06	Décès néonataux	La défunte était une petite fille âgée de deux jours qui est décédée des complications liées à un déficit en acyl-CoA déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne.	S.O.	Aucune recommandation.
N-07	Décès néonataux	La défunte était une petite fille âgée d'une heure qui est décédée en raison d'anomalies congénitales cardiopulmonaires complexes avec gastroschisis.	S.O.	Aucune recommandation.
N-08	Décès néonataux	Le défunt était un petit garçon âgé de 24 heures qui est décédé d'un traumatisme crânien intrapartum.	Politiques et procédures	1. Il faut reconnaître les défis liés à la prise en charge du deuxième stade du travail. La SOGC devrait envisager d'examiner les données probantes pour guider la

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				pratique.
S-01	Mortinaissances	Le décès a été attribué à une macrosomie fœtale et à une insuffisance placentaire présumée.	Prise en charge médicale Diagnostic et examens Éducation et formation	1. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux de conseiller les femmes sur l'alimentation, le gain de poids et l'exercice durant la grossesse, en particulier en présence de facteurs de risque. L'IMC devrait être déterminé en fonction de la taille, et le poids utilisé devrait avoir été confirmé avant la grossesse ou lors du premier suivi de grossesse. Le risque et la classe d'obésité devraient également être déterminés, comme l'indique la Directive clinique de la SOGC « Obésité et grossesse », publiée en 2010. Les femmes devraient aussi être informées des risques pour la santé associés à la grossesse ainsi que des risques accrus associés à l'anesthésie obstétricale, à l'accouchement par césarienne et aux complications obstétricales, en particulier la dystocie des épaules. 2. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux de refaire un dépistage du diabète gestationnel vers la fin de la grossesse chez les femmes courant un risque accru en raison d'un problème d'obésité. 3. Les établissements de santé offrant des services obstétricaux devraient élaborer un plan interdisciplinaire qui tient compte de leurs ressources disponibles afin d'assurer une prise en charge sécuritaire des femmes obèses et de leurs bébés. Ce plan devrait

Numéro du cas	Type	Résumé	Thèmes	Recommandations
				comprendre une consultation avec l'équipe d'anesthésie et d'obstétrique dès le début de la prise en charge, une discussion consignée sur les risques ainsi que les seuils d'IMC pouvant nécessiter un aiguillage vers un centre ayant les ressources appropriées pour l'accouchement. 4. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux d'évaluer le besoin d'une prophylaxie de la thrombose veineuse de chaque parturiente après l'accouchement. 5. Il faudrait offrir plus de possibilités de formation aux fournisseurs de soins obstétricaux sur la façon de conseiller de manière efficace et respectueuse les patientes obèses sur l'alimentation, l'exercice et le gain de poids durant la grossesse.

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