

Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals Rapport annuel 2019

Bureau du coroner en chef

Décembre 2020



Table des matières

Message du président	i
Composition du Comité (2019)	ii
Résumé	iii
Introduction	1
Survol statistique (de 2004 à 2019)	4
Résumé des cas examinés en 2019	9
Leçons tirées des examens du Comité	10
Message de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada	10
 Annexe A – Résumé des cas examinés en 2019	 13

Le présent 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 par M^{me} Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités.

Message du président



Depuis 1994, le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux, anciennement le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétricaux, fournit des conseils d'expert dans le cadre des investigations du coroner de l'Ontario.

Le Comité examine tous les décès maternels signalés dans le système des coroners, qu'ils surviennent durant la grossesse, pendant ou tout de suite après l'accouchement, ou jusqu'à 42 jours suivant la naissance. Les décès qui se produisent passé ce délai sont examinés si l'on craint que leur cause soit directement attribuable à la grossesse ou à une complication gestationnelle.

Le Comité examine aussi les décès périnataux et les mortinaissances ayant fait l'objet d'une investigation du Bureau du coroner en chef (BCC) lorsque des interrogations ont été soulevées par la famille, le coroner investigateur ou le coroner régional principal.

Il compte des spécialistes chevronnés et réputés de diverses disciplines : obstétrique, médecine fœto-maternelle (MFM), profession de sage-femme ou de maïeuticien, soins infirmiers périnataux, anesthésiologie obstétricale, pathologie, néonatalogie et médecine familiale. Des représentants de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont joué un rôle de premier plan pour guider le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux dans ses efforts concertés pour promouvoir des changements positifs dans le domaine de l'obstétrique non seulement en Ontario, mais aussi dans l'ensemble du Canada.

Depuis sa création, le Comité a examiné 464 cas et formulé 795 recommandations visant à prévenir les mortinaissances et les décès de mères et de nouveau-nés. En 2019, 34 cas ont été examinés, et 49 recommandations ont été formulées. Les principaux problèmes qui ressortent des recommandations de 2019 touchent les fournisseurs de soins obstétricaux, la communication et la documentation, et le diagnostic et les examens.

Les personnes qui désirent obtenir les rapports détaillés caviardés peuvent écrire au BCC, à l'adresse occ.inquiries@ontario.ca.

Dans une perspective de réduction des décès dans des circonstances similaires et d'amélioration de la qualité des soins fournis aux mères et aux nouveau-nés, la détection de ces problèmes guidera l'orientation des prochaines recommandations et la prise de mesures rapides par le milieu des soins obstétricaux.

C'est un honneur pour moi de contribuer au travail du Comité, et je tiens à remercier ses membres pour leur dévouement envers la population de l'Ontario. J'aimerais souligner le soutien de Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités.

C'est avec fierté que je vous présente le rapport annuel 2019 du Comité.

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

Rick Mann, M. D., CCMF, FCMF

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

Composition du Comité (2019)

D^{re} Jocelynn Cook

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, chef directrice des affaires scientifiques

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

Spécialiste en médecine fœto-maternelle

D^r Steven Halmo

Obstétricien (niveau 2)

Susan Heideman

Infirmière praticienne en soins périnataux

D^r Robert Hutchison

Obstétricien (niveau 3)

D^{re} Sandra Katsiris

Anesthésiologiste

Michelle Kryzanasuskas

Sage-femme (milieu rural)

D^r Dilipkumar Mehta

Néonatalogiste (niveau 2)

Linda Moscovitch

Sage-femme (milieu urbain)

D^r Toby Rose

Médecin légiste

D^r Gillian Yeates

Obstétricienne (niveau 1)

D^r Rick Mann

Président

Coroner régional principal

Kathy Kerr

Directrice générale

Résumé

- En 1994, le Bureau du coroner en chef (BCC) mettait sur pied 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 périnataux.
- Le Comité a pour mandat d'assister le BCC dans ses investigations et examens de tous les décès maternels (quelle qu'en soit la cause) et des mortinaissances et décès néonataux pour lesquels la famille, le coroner ou le coroner régional principal a soulevé des interrogations sur les soins reçus par la mère ou le nouveau-né, puis de formuler des recommandations pour prévenir d'autres décès.
- Depuis 2004, le Comité a examiné 464 cas et formulé 795 recommandations visant à prévenir d'autres décès.
- En moyenne, il examine 29 cas et formule 50 recommandations par année.
- Les problèmes qui ressortent le plus souvent dans les recommandations formulées entre 2004 et 2019 touchent les thèmes suivants : fournisseurs de soins obstétricaux; politiques et procédures; communication et documentation; et diagnostic et examens (notamment la surveillance fœtale électronique).
- En 2019, 34 cas ont été examinés, et 47 recommandations ont été formulées.
- Sur les 34 cas examinés en 2019, 21 portaient sur des décès maternels (13 examens de l'équipe de direction et 8 examens complets), 11 sur des décès néonataux et 2 sur des mortinaissances.
- Les décès de femmes enceintes qui ne sont pas attribuables à la grossesse ou dont la grossesse n'était pas un facteur contributif sont mentionnés et ont été examinés par l'équipe de direction. Les décès maternels attribuables à une complication connue associée à la grossesse (p. ex., embolie pulmonaire) et qui ne soulevaient aucune interrogation quant aux soins apportés à la mère peuvent aussi faire l'objet d'un examen par l'équipe de direction. Ces derniers sont réalisés par une équipe centrale composée de représentants du Comité qui analyse entre autres les circonstances entourant le décès maternel. Le Comité discute ensuite en séance plénière des résultats de l'examen, ce qui peut donner lieu à d'autres commentaires ou à des investigations supplémentaires (depuis 2017, les examens de l'équipe de direction sont inclus dans les statistiques sur le nombre total d'examens réalisés dans le rapport annuel).

Introduction

Objet

En 1994, le Bureau du coroner en chef (BCC) mettait sur pied 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.

Le Comité a pour mandat d'assister le BCC dans ses investigations et examens de tous les décès maternels (quelle qu'en soit la cause), puis de formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires. Cela comprend les décès survenus pendant la grossesse et la période postnatale, soit les 42 jours suivant l'accouchement. Les décès qui se produisent entre 42 et 365 jours après l'accouchement sont examinés si leur cause est directement attribuable à la grossesse ou à une complication gestationnelle.

Le Comité examine les mortinaissances et les décès néonataux lorsque la famille, le coroner ou le coroner régional principal soulève des interrogations sur les soins reçus par la mère ou le nouveau-né.

Il ne lui est toutefois pas permis, aux termes de la *Loi sur les coroners*, de faire une déclaration de responsabilité légale ou de convenir d'une conclusion de droit.

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

Le Comité examine tous les décès de femmes qui surviennent « pendant ou après une grossesse, dans des circonstances pouvant raisonnablement être attribuées à la grossesse ». Les décès de femmes enceintes qui ne sont pas attribuables à la grossesse sont mentionnés à des fins statistiques et examinés sommairement par l'équipe de direction.

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 passé 42 jours, sauf si la cause est directement attribuable à la grossesse ou à une complication gestationnelle.

La **mortinaissance** est l'expulsion ou l'extraction complète du corps d'une personne, après 20 semaines au moins de grossesse, ou après qu'il a atteint 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 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 du nouveau-né.

Objectifs

1. Aider les coroners de l'Ontario à mener des investigations sur les décès maternels et périnatals et à formuler des recommandations visant à prévenir d'autres décès dans des circonstances similaires.
2. Procéder à un examen spécialisé des soins prodigués aux femmes durant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que des soins prodigués aux femmes et aux nouveau-nés immédiatement après la naissance.
3. Procéder à un examen spécialisé des circonstances entourant chaque décès maternel en Ontario, conformément aux recommandations du Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada (Rapport spécial sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave au Canada, Santé Canada, 2004).
4. Informer les médecins, les sages-femmes et les maïeuticiens, le personnel infirmier, les établissements fournissant des soins aux nouveau-nés et aux mères (pendant la grossesse et après l'accouchement) et les agences et ministères concernés des pratiques et produits dangereux relevés durant les examens.
5. Produire un rapport annuel et le mettre à la disposition des médecins, du personnel infirmier et des sages-femmes et maïeuticiens qui fournissent des soins aux mères et aux nouveau-nés, ainsi que des services d'obstétrique, de radiologie, d'échographie, d'anesthésie et d'urgence afin de prévenir d'autres décès.
6. Relever la présence ou l'absence de problèmes, de lacunes ou d'insuffisances systémiques dans chaque cas examiné pour faciliter la formulation de recommandations visant à prévenir d'autres décès.
7. Repérer les tendances, les facteurs de risque et les points communs qui se dégagent des cas examinés pour recommander des stratégies d'intervention et de prévention efficaces.
8. Mener des activités de recherche et promouvoir la recherche, au besoin.
9. Stimuler les activités éducatives en recensant les problèmes systémiques et en les communiquant aux organismes concernés pour qu'ils prennent les mesures qui s'imposent.
10. Participer, au besoin, à l'élaboration de protocoles de prévention.
11. Communiquer, au besoin, de l'information éducative.

N. B. : Ces objectifs et les activités du Comité sont assujettis aux limites imposées par la *Loi sur les coroners* et la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* de l'Ontario.

Structure et taille

Le Comité compte d'éminents spécialistes de diverses disciplines, dont l'obstétrique, la médecine familiale, la médecine néonatale spécialisée, la pédiatrie communautaire, la pathologie pédiatrique et maternelle, l'anesthésiologie, la profession de sage-femme ou de maïeuticien et les soins infirmiers spécialisés en obstétrique. Dans la mesure du possible, sa composition est équilibrée de façon à être représentative des régions de la province et des divers types d'établissements fournissant des soins obstétricaux, y compris les centres d'enseignement. La présidence est assurée par un coroner en chef adjoint ou un coroner régional principal, ou encore par une personne désignée par le coroner en chef.

Au besoin, d'autres personnes peuvent être invitées aux réunions du Comité, en fonction de chaque cas (p. ex., un coroner investigateur, le coroner régional principal ou d'autres médecins spécialistes dont la discipline est liée au cas examiné).

Méthodologie

Les cas sont soumis au Comité par les coroners investigateurs et les coroners régionaux principaux. L'information fournie par le coroner est examinée par au moins un membre du Comité, qui présente ensuite le cas aux autres membres. Au terme des discussions, le Comité produit un rapport final qui résume les événements, les discussions et les recommandations (s'il y a lieu) afin de prévenir d'autres décès. Le rapport est ensuite envoyé au coroner régional principal qui a soumis le cas; celui-ci peut, au besoin, approfondir l'investigation. Les recommandations sont transmises aux agences et organismes en mesure de les envisager ou 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.

Si un membre est en situation de conflit d'intérêts réel ou potentiel, le Comité examine le cas en son absence.

Si un cas exige une expertise dans une autre discipline, un spécialiste externe examine le dossier, participe à la réunion et aux discussions, et formule des recommandations, au besoin.

Limites

Le Comité, d'une nature consultative pour le système des coroners, présente 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 faits pour obtenir toute l'information nécessaire à l'examen.

Les rapports de cas du Comité sont rédigés à l'intention du BCC; ils sont donc régis par la *Loi sur les coroners*, la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Le rapport annuel est exempt de données identificatoires.

Il importe de souligner que ces rapports reposent sur un examen des documents écrits. Le coroner ou le coroner régional principal chargé de l'investigation pourrait posséder des renseignements complémentaires qui invalideraient une ou plusieurs des conclusions du Comité. Si un fait est signalé au président du Comité avant la rédaction du rapport annuel, l'examen du cas est revu pour refléter cet élément.

Les recommandations sont formulées après un examen approfondi des circonstances entourant chaque décès. Il ne s'agit pas d'orientations stratégiques; elles ne doivent donc pas être interprétées de la sorte.

Les réponses aux recommandations relèvent du domaine public et peuvent être obtenues en écrivant au BCC, à l'adresse occ.inquiries@ontario.ca.

Le présent rapport sur les activités et recommandations du Comité vise à stimuler la réflexion et la discussion sur les soins obstétricaux et les décès maternels et périnatals en Ontario.

Survol statistique (de 2004 à 2019)

Depuis sa création en 1994, le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals (anciennement le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétriques) formule des recommandations. À l'instar du Comité, les technologies, politiques et procédures médicales, de même que les attitudes du public et des professionnels à l'égard des soins maternels et périnatals prodigués en Ontario, ont évolué au fil des ans. Pour fournir une analyse qui reflète les valeurs et attitudes actuelles, les statistiques présentées dans ce rapport portent sur les cas examinés et les recommandations formulées depuis 2004.

De 2004 à 2019, le Comité a examiné 464 cas au total. De ce nombre, 172 cas (37 %) portaient sur des décès maternels, 198 (43 %), sur des décès néonataux, et 94 (20 %), sur des mortinaissances. Ces chiffres sont représentatifs de la politique du Bureau du coroner en chef (BCC), qui consiste à examiner tous les décès maternels. Depuis 2015, les décès de femmes enceintes qui ne sont pas attribuables à la grossesse ou dont la grossesse n'était pas un facteur contributif sont mentionnés et sont examinés par l'équipe de direction. Ces derniers examens sont réalisés par une équipe centrale composée de représentants du Comité qui analyse entre autres les circonstances entourant le décès maternel. Le Comité discute ensuite en séance plénière des résultats de l'examen, ce qui peut donner lieu à d'autres commentaires ou à des investigations supplémentaires. Au besoin et à la suggestion du Comité, un examen de l'équipe de direction peut se transformer en examen complet. Les données ci-dessous indiquent le nombre total d'examens (complets et par l'équipe de direction) réalisés par le Comité.

Les mortinaissances et les décès néonataux ne sont examinés que lorsque la famille, le coroner investigateur ou le coroner régional principal soulève des interrogations sur les soins reçus par la mère ou le nouveau-né.

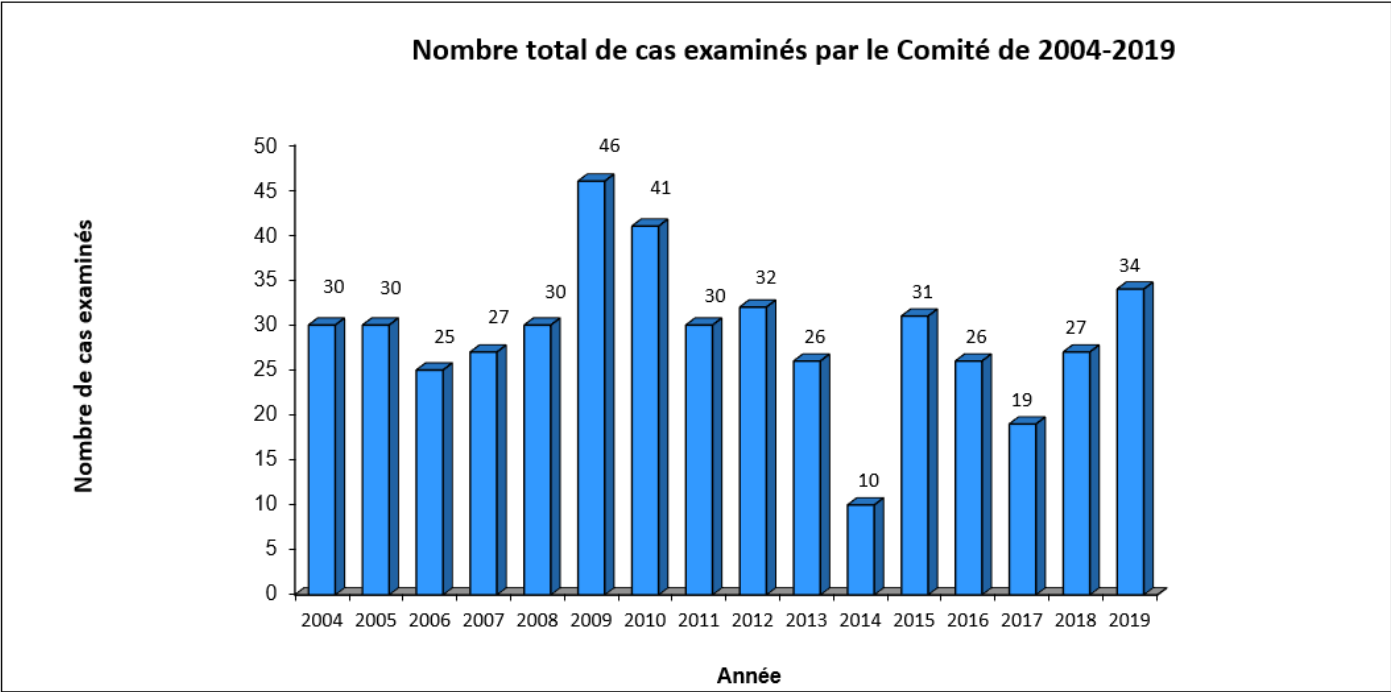
Dans le **tableau 1**, les cas sont répertoriés selon l'année où ils ont été examinés, ce qui ne correspond souvent pas à l'année du décès.

Tableau 1 : Nombre de cas examinés par le Comité de 2004 à 2019

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%	Moy./ an
Nombre total de cas examinés	30	30	25	27	30	46	41	30	32	26	10	31	26	19	27	34	464		29
Décès maternels – examen par l'équipe de direction												7	9	7	6	13	42		8
Décès maternels – examen complet	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	5	4	3	9	8	130		8
Décès maternels – total	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	12	13	10	15	21	172	37 %	11
Décès néonataux	12	11	13	12	12	16	19	14	20	10	5	15	10	8	10	11	198	43 %	12
Mortinaissances	8	7	8	0	10	9	11	13	9	5	2	4	3	1	2	2	94	20 %	6

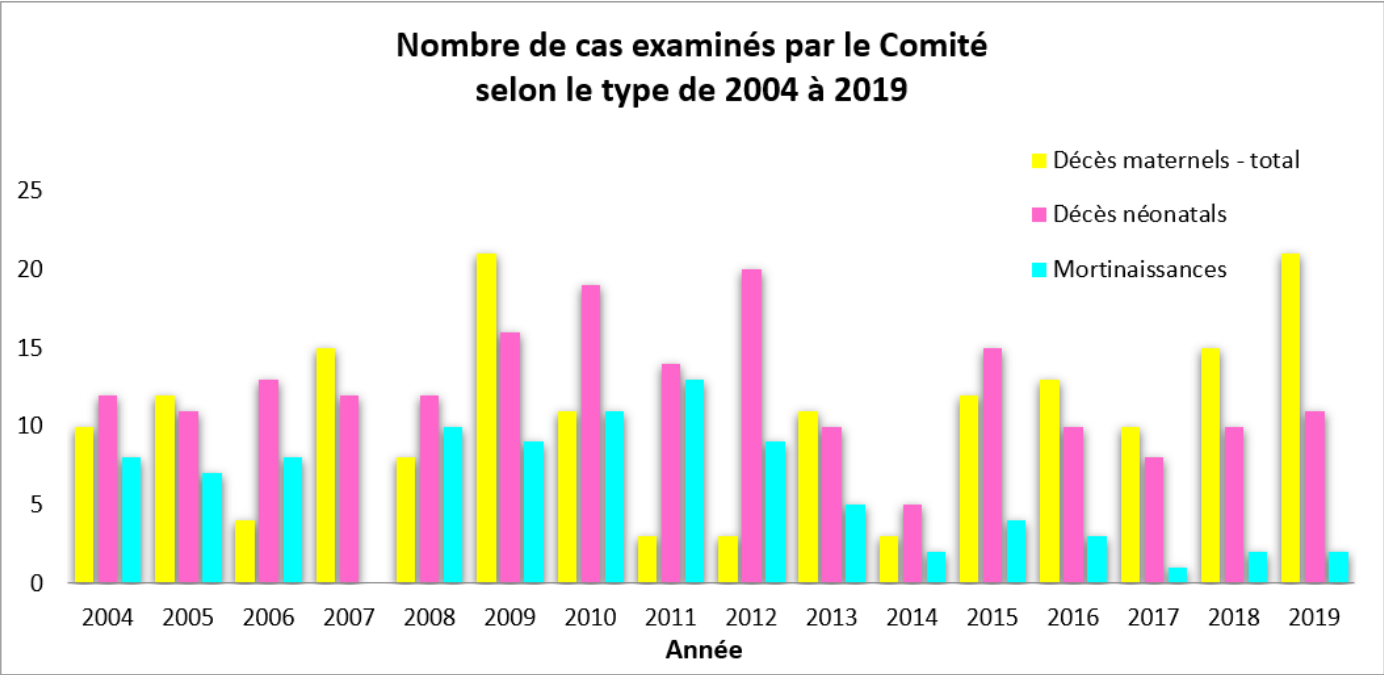
Le **tableau 1** montre que le nombre total de cas examinés entre 2004 et 2019 varie d'un minimum de 10 en 2014 à un maximum de 46 en 2009. Il est probable que cette variation reflète l'évolution des pratiques administratives du Comité (p. ex., temps requis pour effectuer l'examen des documents et la rédaction des rapports finaux).

Figure 1 : Nombre total de cas examinés par le Comité de 2004 à 2019



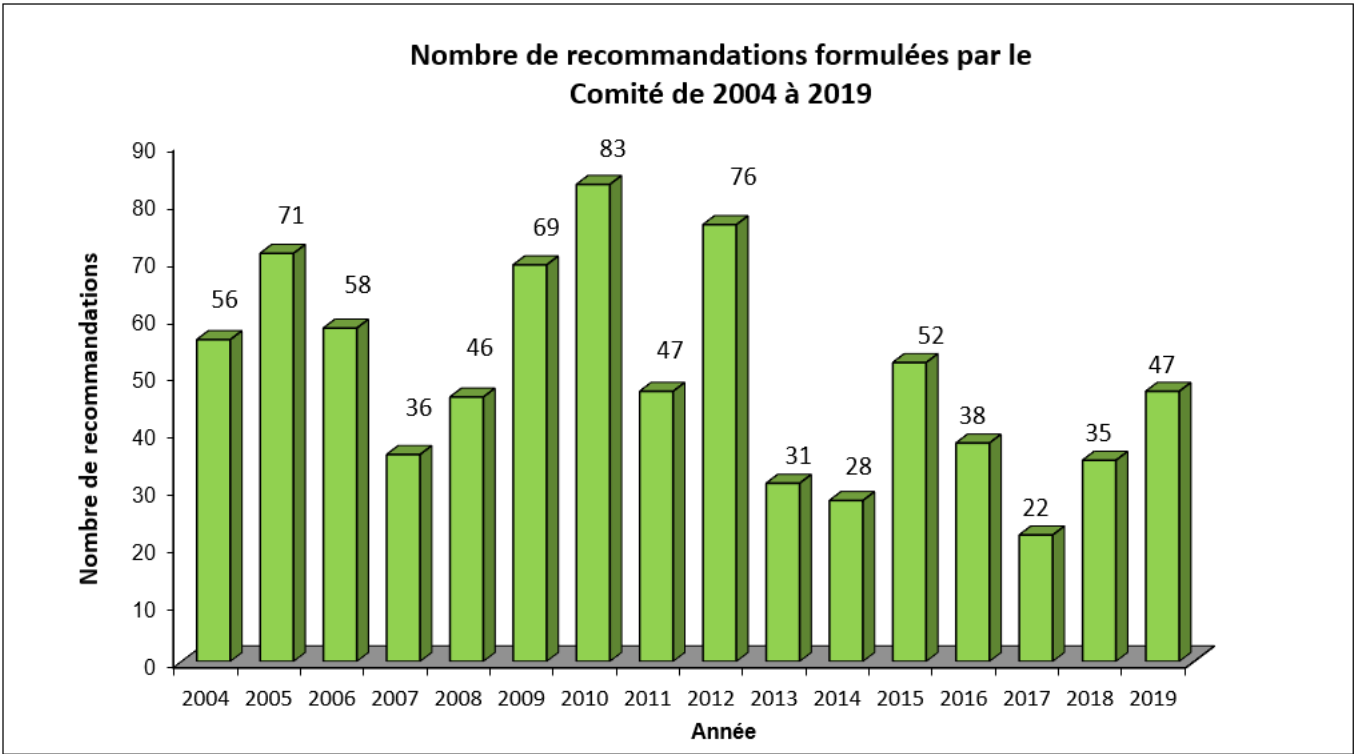
La **figure 1** montre la variation du nombre de cas examinés entre 2004 et 2019. C'est en 2014 que ce nombre a été le plus bas, avec 10 cas, et en 2009 qu'il a atteint un sommet, avec 46 cas. Cette variation s'explique par la nature subjective des signalements au Comité (seuls les décès maternels doivent obligatoirement être signalés; les autres types de décès sont signalés à la discrétion du coroner régional principal) et par certains problèmes administratifs. En moyenne, le Comité examine 29 cas par année.

Figure 2 : Nombre de cas examinés par le Comité selon le type de 2004 à 2019



La **figure 2** montre qu’entre 2004 et 2019, la majorité des cas examinés étaient des décès néonataux et des décès maternels. Le BCC a pour politique d’examiner tous les décès maternels qui surviennent en Ontario. Les décès néonataux et les mortinaissances sont examinés lorsque des problèmes ou des interrogations sont soulevés.

Tableau 2 : Nombre de recommandations formulées par le Comité de 2004 à 2019

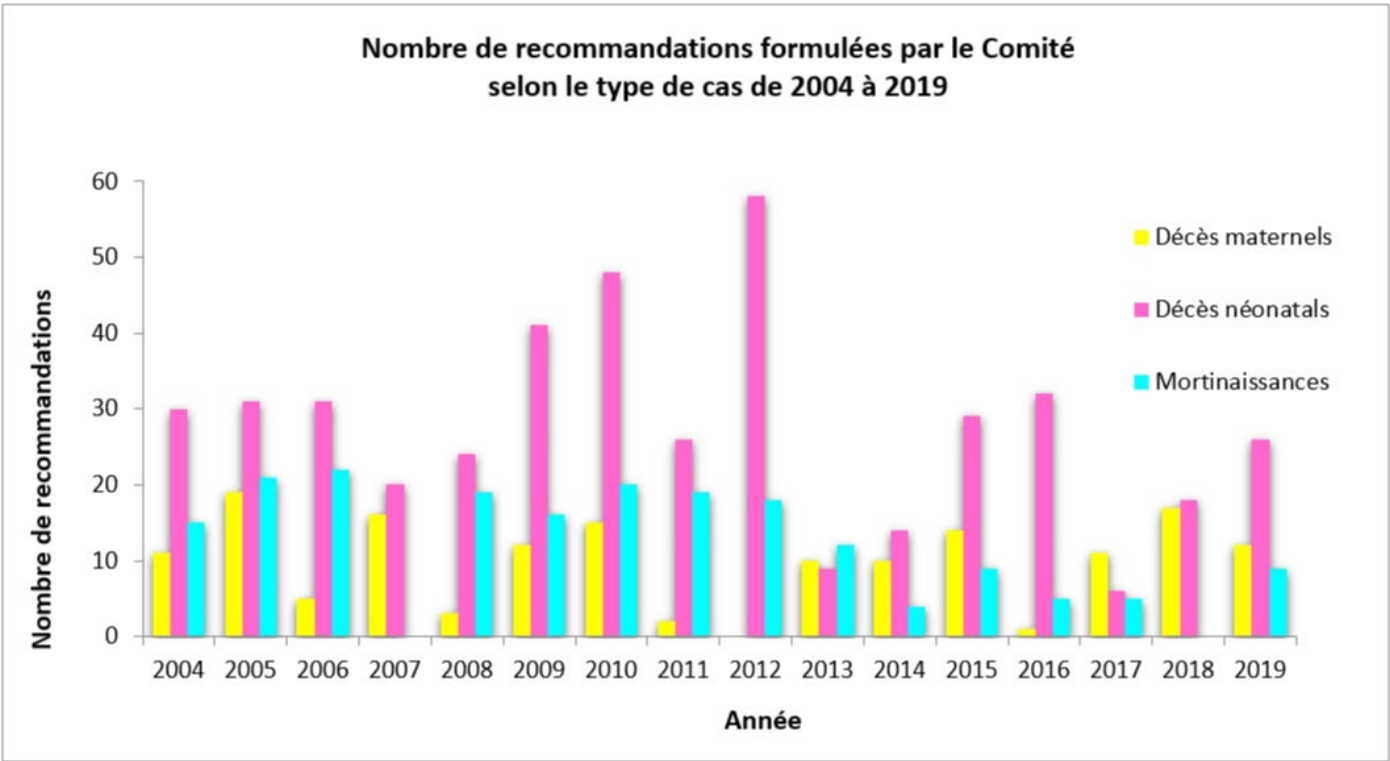


Le **tableau 2** montre que le Comité a formulé 795 recommandations entre 2004 et 2019, dont 158 (20 %) sur des décès maternels, 443 (56 %) sur des décès néonataux et 194 (24 %) sur des mortinaissances. On peut constater qu’au fil des ans, la majorité des cas examinés et des recommandations formulées portent sur des décès néonataux. En moyenne, 50 recommandations sont formulées chaque année.

L’examen des recommandations formulées permet de constater la récurrence de certains thèmes problématiques au fil du temps :

- Soins médicaux (p. ex., décisions du fournisseur de soins obstétricaux);
- Politiques et procédures (p. ex., respect ou élaboration de politiques et de procédures);
- Communication 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’analyses de laboratoire);
- Diagnostic et examens – plus particulièrement la surveillance fœtale électronique (SFE) (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 patientes);
- Autre (p. ex., aiguillage vers un autre comité pour examen).

Figure 3 : Nombre de recommandations formulées par le Comité selon le type de cas de 2004 à 2019



Comme l’illustre la **figure 3**, entre 2004 et 2019, la plupart des recommandations portaient sur des décès néonataux.

Tableau 3 : Nombre et pourcentage de recommandations formulées par le Comité selon le problème ou le thème et le type de cas de 2004 à 2019

Thème et le type de cas	Décès maternel	Décès néonatal	Mortinaissance	Total	% du total
Fournisseur de soins obstétricaux	64 38 %	85 18 %	46 23 %	195	23 %
Politiques et procédures	30 18 %	86 18 %	35 17 %	151	18 %
Communications/documentation	16 9 %	78 17 %	36 18 %	130	15 %
Qualité	18 11 %	40 9 %	13 6 %	71	8 %
Diagnostic et examens	20 12 %	69 15 %	28 14 %	117	14 %
Diagnostic et examens – SFE	1 1 %	50 11 %	28 14 %	79	9 %
Éducation et formation	4 2 %	28 6 %	9 4 %	41	5 %
Ressources	3 2 %	15 3 %	3 1 %	21	3 %
Transfert	7 4 %	13 3 %	5 2 %	25	3 %
Autres	6 4 %	3 0,6 %	1 0 %	10	1 %

* Certaines recommandations concernent plus d'un thème.

Le **tableau 3** indique que 23 % des recommandations formulées par le Comité entre 2004 et 2019 portaient sur l'amélioration des soins obstétricaux ou la résolution de problèmes liés aux fournisseurs, 18 %, sur l'élaboration ou le respect des politiques et procédures et 15 %, sur la communication et la documentation, en particulier le partage rapide et exact d'information entre les professionnels de la santé et les patients.

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

- 18 % des recommandations relatives à un décès néonatal avaient pour thème les fournisseurs de soins obstétricaux ou les politiques et procédures, et 17 %, la communication et de la documentation;
- 38 % de toutes les recommandations relatives aux décès maternels avaient pour thème les fournisseurs de soins obstétricaux (p. ex., décisions médicales);
- 23 % des recommandations pour tous types de cas avaient pour thème les fournisseurs de soins obstétricaux.

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 2019, 79 recommandations (9 % du nombre total) ont été formulées à propos de la SFE.

Résumé des cas examinés en 2019

Les cas examinés par le Comité en 2019 peuvent inclure des décès survenus dans les années précédentes.

Nombre total de cas examinés (examens complets et par l'équipe de direction) : 34

Nombre total de recommandations : 49

Nombre d'examens complets de décès maternels : 8

Nombre d'examens de décès maternels par l'équipe de direction* : 13

Nombre de recommandations formulées sur les décès maternels examinés : 12

Nombre de décès néonataux examinés : 11

Nombre de recommandations formulées sur les décès néonataux examinés : 28

Nombre d'examens de mortinaissances : 2

Nombre de recommandations formulées sur les mortinaissances examinées : 9

* Les décès de femmes enceintes qui ne sont pas attribuables à la grossesse ou dont la grossesse n'était pas un facteur contributif sont mentionnés et ont été examinés par l'équipe de direction. Ces derniers examens sont réalisés par une équipe centrale composée de représentants du Comité qui analyse entre autres les circonstances entourant le décès maternel. Le Comité discute ensuite en séance plénière des résultats de l'examen, ce qui peut donner lieu à d'autres commentaires ou à des investigations supplémentaires.

Un résumé des cas examinés et des recommandations formulées en 2019 figure à l'annexe A.

Leçons tirées des examens du Comité

Au fil des ans, le Comité a observé des tendances dans les problèmes relevés durant les examens. Cette année, celles-ci portaient principalement sur la reconnaissance des signes précurseurs, l'importance de la surveillance fœtale, les défis du transport lors d'urgences obstétriques et la nécessité d'accroître la collecte de données et la recherche sur les décès maternels.

Dans une perspective de réduction des décès dans des circonstances similaires et d'amélioration de la qualité des soins fournis aux mères et aux nouveau-nés, la détection des tendances contribue à guider l'orientation des recommandations et la prise de mesures rapides par le milieu des soins obstétricaux.

Message de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Prévention de la mortalité maternelle : trousse canadienne pour les enquêtes confidentielles

#SauverLesMères #SauverLesBébés

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) s'emploie à consolider la pierre d'assise de la prévention de la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales au Canada. Sa mission est de faire davantage de sensibilisation à l'égard des problèmes entourant les décès liés à la grossesse et de promouvoir des changements auprès des personnes, des systèmes de santé et des collectivités, et ainsi de réduire le nombre de décès.

Le ratio de mortalité maternelle est un outil de mesure essentiel à la santé d'un pays et, par conséquent, un indicateur clé de la vitalité et de la qualité des soins de santé qui y sont donnés. Au Canada, la mortalité maternelle est un événement rare, mais souvent évitable, qui a des conséquences dévastatrices pour les familles et les fournisseurs de soins. On note d'ailleurs une hausse de la mortalité maternelle depuis les années 1990 (de 5,1 décès par 100 000 naissances vivantes à 11,9). Malgré cette inquiétante statistique, la surveillance des décès maternels et la recension des cas de décès qui auraient pu être évités demeurent laborieuses et inégales au Canada.

Les sources de données nationales sur la mortalité maternelle reposent traditionnellement sur l'enregistrement des décès et les hospitalisations, et n'offrent donc pas le contexte clinique et social nécessaire pour déterminer les interventions requises pour prévenir d'autres décès. Par ailleurs, la vérification et le classement souvent déficients des décès maternels dans ces sources de données mènent à une sous-estimation du ratio de mortalité maternelle.

Depuis 2010, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada travaille à revoir, avec ses partenaires, les programmes nationaux de surveillance de la mortalité maternelle. Durant ce processus, il est devenu clair que les provinces et les territoires du Canada n'avaient pas tous mis sur pied un comité d'examen de mortalité maternelle, et qu'il n'existe aucun système national officiel pour regrouper et signaler les cas de mortalité maternelle. Par ailleurs, les définitions et les processus de collecte de donnée, de vérification et d'examen des cas de mortalité maternelle varient d'une province et d'un territoire à l'autre.

Les provinces et territoires du Canada jouent un rôle de premier plan dans la création et la mise en œuvre d'un tel système, tout comme les coroners et les médecins légistes, les statistiques de l'état civil et les comités d'examen de la mortalité maternelle. La SOGC travaille avec des représentants fédéraux et provinciaux, ainsi qu'avec des experts cliniques multidisciplinaires depuis 2016 pour enclencher le processus d'élaboration de définitions normalisées et d'un ensemble d'indicateurs communs qui dresseront le portrait des décès maternels au Canada. De plus, dans la dernière année, des responsables de programmes périnataux de quatre provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Ontario et Nouvelle-Écosse) ont participé à l'élaboration d'une trousse – politiques et procédures, champs de saisie de données normalisés, pratiques exemplaires en matière d'examen des cas de mortalité maternelle, modèles de rapports, outils et ressources et documents d'échange de connaissances qui s'arriment bien à un système d'enquêtes confidentielles – dans le but de recenser et d'examiner tous les décès maternels à l'intérieur d'un an suivant l'accouchement, et de cibler les facteurs contributifs et les possibilités de prévention. Ultimement, le but est d'éliminer tous les décès évitables au Canada.

Les documents compris dans la trousse seraient assez normalisés pour servir de modèle pour l'examen des cas de mortalité maternelle, mais assez flexible pour être adaptés par les provinces, les territoires ou les comités, au besoin. Nous croyons que ceux qui connaissent peu les examens des cas de mortalité maternelle auront à leur disposition les documents, outils et ressources nécessaires pour mettre en place un processus sans trop de difficulté, avec l'aide d'un groupe d'intervenants expérimentés, motivés et enthousiastes. Le contenu de la trousse s'inspire du système [Maternal Mortality Review Information Application \(MMRIA\) des États-Unis](#), des programmes [MBRRACE du Royaume-Uni](#) et du document « Surveillance des décès maternels et riposte – [Directives techniques](#) » de [l'Organisation mondiale de la Santé \(OMS\)](#), une excellente ressource pour quiconque prend part aux examens des cas de mortalité maternelle.

Le lancement de la trousse sur la mortalité maternelle est prévu pour décembre 2020, et la SOGC tiendra un webinaire destiné aux coroners et médecins légistes, aux médecins, aux représentants provinciaux et territoriaux (notamment aux responsables de programmes périnataux), aux chercheurs et aux décideurs, pour parler du programme et des expériences de chacun, et lancer un processus d'échange et de réseautage qui deviendra pratique régulière.

Il est impératif de recenser chaque décès maternel pour améliorer les programmes de surveillance au Canada : si le décès n'est pas considéré comme un décès maternel, il échappera aux systèmes de surveillance fédéral, provinciaux et territoriaux actuels. En améliorant la vérification – par l'ajout d'un processus d'enquête confidentiel aux examens sur les cas de décès maternel –, il sera possible d'évaluer la prévalence de façon plus précise et nous aidera à cerner les tendances et les priorités en vue de formuler des recommandations et de rendre compte de l'efficacité des interventions. Le fait de cibler les facteurs préventifs contribuera non seulement à sauver les femmes durant ou après leur grossesse, mais aussi à réduire le taux de morbidité maternelle et à accroître les issues périnatales favorables.

Par ailleurs, la SOGC dirige un projet de recherche visant à cerner les recommandations du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnataux qui sont pertinentes dans la pratique de la SOGC, et à déterminer le niveau d'évidence des recommandations des cinq dernières années pour relever les lacunes dans la pratique et les données, déterminer les mises à jour nécessaires et relever les occasions de faire de la sensibilisation et de la formation ciblées.

La SOGC continue de travailler à l'échelle nationale avec le Système canadien de surveillance périnatale afin d'uniformiser, dans un effort concerté, les rapports nationaux sur la morbidité et la mortalité maternelles. Elle collabore aussi à différents projets de recherche liés à l'évaluation de la morbidité et de la mortalité.

Résumé des cas examinés en 2019

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
EX-01	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 35 ans qui avait eu un arrêt cardio-respiratoire 12 jours après avoir accouché de son deuxième enfant. Elle présentait des antécédents d'obésité et d'hypertension gestationnelle. Le décès est attribué à un saignement intra-abdominal d'origine inconnue en période postpartum.	`	Aucune
EX-02	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 34 ans atteinte de diabète gestationnel. Deux mois après avoir accouché de son premier bébé, elle a commencé à tousser et à avoir des difficultés respiratoires. Elle présentait une forme grave de myocardiopathie périnatale, possiblement avec une infection pulmonaire concomitante. La cause du décès est une myocardiopathie périnatale.	Fournisseur de soins obstétricaux et transfert Fournisseur de soins obstétricaux et transfert	1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux d'envisager un transfert précoce vers un centre de soins cardiaques tertiaires lorsque les patientes présentent un grave dysfonctionnement du ventricule gauche ou subissent un choc cardiogène ou un arrêt cardiaque attribuable à une myocardiopathie périnatale. 2. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de consigner les discussions et communications concernant le transfert dans les notes médicales. Un outil sur l'évaluation d'un transfert permettrait de mieux rendre compte de cet aspect des soins.
X-03	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 37 ans (G3P1). On a procédé à une césarienne d'urgence après qu'elle se soit effondrée, inanimée. Le décès est attribuable à une embolie amiotique.	`	Aucune
EX-04	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 34 ans ayant accouché environ sept semaines auparavant d'un bébé à terme. Elle avait eu un caillot superficiel dans la jambe droite environ une semaine après l'accouchement, mais l'échographie Doppler n'avait révélé aucune thrombose	`	On a conseillé à ses proches parents de demander une évaluation dans une clinique de génétique cardiovasculaire.

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
		veineuse profonde. Les résultats lors de son examen de suivi six semaines après l'accouchement étaient normaux et une autre échographie Doppler a été recommandée. La veille de sa mort, elle a consulté son médecin de famille pour une possible infection du mamelon. On l'a trouvée inanimée, assise dans une chaise rembourrée de la chambre d'enfant, son bébé sur ses genoux. Elle allaitait probablement au moment de son décès. La cause du décès est indéterminée.		
EX-05	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 35 ans. Lors de son admission à l'hôpital pour déclencher le travail, elle a été prise de vomissements. Une césarienne d'urgence a été pratiquée en raison d'une bradycardie fœtale. La cause du décès est une embolie amniotique.	`	Aucune
EX-06	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte, âgée de 33 ans, en était au premier trimestre de sa grossesse. Elle avait de longs antécédents de troubles mentaux ayant commencé à l'adolescence. Elle avait été traitée environ cinq ans auparavant pour un trauma et un trouble lié à l'usage de substances. La cause du décès est une intoxication au fentanyl.	`	Aucune
EX-07	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte, une femme de 33 ans (G4P2), souffrait d'asthme depuis de nombreuses années et présentait dans le dernier mois une dyspnée plus prononcée. La cause du décès est une hémorragie intrapartum découlant d'une césarienne et d'une hystérectomie d'urgence visant à prendre en charge le placenta increta.	`	Aucune
EX-08	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 24 ans (G1P1) atteinte de dystrophie myotonique de type 1. Cinq jours après l'accouchement, elle a consulté son médecin de famille en raison de douleurs rétrosternales, et a reçu un diagnostic de syndrome coronarien aigu. On l'a transférée à l'institut de cardiologie où elle a	`	Aucune

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
		subi un cathétérisme cardiaque d'urgence, qui a révélé de multiples sites de dissection spontanée de l'artère coronaire. Le décès est attribuable à une défaillance multiviscérale découlant d'un dysfonctionnement du ventricule gauche; ce dernier était le résultat d'un ancien infarctus du myocarde découlant d'anciennes dissections spontanées de l'artère coronaire dans le contexte d'une myocardiopathie associée à une dystrophie myotonique (type 1).		
EX-09	Décès maternel – Équipe de direction	Ce cas portait sur le décès d'une femme de 33 ans (G2P0). Sa grossesse s'était déroulée sans histoire, jusqu'à ce qu'elle développe une hypertension artérielle au troisième trimestre. Elle a reçu un diagnostic de prééclampsie à 37 semaines. Le décès est attribuable à de graves pertes sanguines postpartum chez un sujet présentant une hypertension artérielle pulmonaire. Le dépistage génétique a révélé un variant de signification inconnue de la GDF-2.	`	Aucune
EX-10	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 31 ans. Durant le premier trimestre de sa grossesse, elle a été victime d'une agression qui a entraîné son décès.	`	Aucune
EX-11	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 32 ans ayant des antécédents de longue date de consommation de drogues intraveineuses, mais qui suivait un programme de méthadone. Elle n'avait pas d'adresse fixe et n'avait eu aucun suivi prénatal. La cause du décès est une septicémie staphylococcique découlant d'une endocardite infectieuse attribuable à la consommation de drogues intraveineuses.	`	Aucune
EX-12	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte, une femme de 37 ans, est décédée 44 jours après son accouchement, compliqué par une dystocie des épaules et une déchirure de la paroi vaginale latérale.	`	Aucune

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
		L'hémorragie postpartum a commencé durant la réparation de la déchirure. La femme a subi un arrêt cardiaque durant les tentatives d'extraction des produits de conception et de tamponnement. L'embolie amniotique a provoqué le choc et l'hémorragie postpartum.		
EX-13	Décès maternel – Équipe de direction	La défunte était une femme de 42 ans (G2P1) ayant des antécédents de cancer du sein métastatique. En 2015, elle avait subi une résection après qu'on ait détecté des métastases bilatérales aux poumons. Elle est décédée d'un syndrome de lyse tumorale attribuable à une leucémie aiguë, avec comme autre facteur contributif le cancer du sein métastatique; aucun lien précis avec la grossesse n'a été établi.	`	Aucune
M-01	Décès maternel	La défunte était une femme de 37 ans (G4P3) ayant des antécédents de thrombose veineuse profonde (TVP). Elle est décédée d'un embolie pulmonaire et d'une TVP à la jambe droite. Une thromboprophylaxie était recommandée, mais n'a pas été réalisée.	Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens	1. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux que la thrombose veineuse profonde (TVP) demeure une cause importante de morbidité et de mortalité maternelle au Canada : l'incidence de TVP et d'embolie pulmonaire est de 12,1 et 5,4 par 10 000 grossesses, respectivement. 2. Il faudrait aussi rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de la prise en charge de la thromboembolie veineuse ainsi que d'une bonne communication et d'une collaboration étroite avec toutes les équipes participant aux soins maternels de soins obstétricaux, conformément aux lignes directrices de pratique clinique.
M-02	Décès maternel	La défunte, âgée de 32 ans, en était à sa première grossesse. Parmi ses facteurs de risque on notait un IMC de 34,4 avant la grossesse (6 pi 1 po, 250 lb), un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), un placenta bas (1,8 mm, nouvelle échographie réalisée en octobre 2016, ne recouvrait pas	Fournisseur de soins obstétricaux, diagnostic et examens Éducation et formation, et qualité	1. On encourage les fournisseurs de soins obstétricaux à utiliser un système d'alerte obstétrique (manuel ou informatisé) pour mieux cerner les changements dans l'évolution. 2. Le service d'obstétrique de l'hôpital concerné devrait mener un examen des enseignements tirés des

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
		le col de l'utérus), une infection urinaire (traitée avec du Macrobid à 17 semaines), un streptocoque du groupe B et, selon le questionnaire préanesthésie, une facilité à faire des ecchymoses. Le décès est attribué à une hypertension artérielle pulmonaire.		circonstances entourant ce décès qui traiterait notamment : - de la surveillance des patientes instables après l'accouchement; - de la consignation des renseignements; - des pertes sanguines continues d'origine inconnue.
M-03	Décès maternel	La défunte était une femme de 33 ans (G3P2). Un test prénatal non effractif (TPNE) a soulevé des soupçons de syndrome de Klinefelter. L'amniocentèse a été refusée. Le décès est attribué à un hémopéritoine découlant d'un placenta percreta traversant la cicatrice de la dernière césarienne.	Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Diagnostic et examens	- On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux que le placenta du spectre accreta est un trouble grave durant la grossesse, quel que soit l'âge gestationnel. Une communication immédiate et directe est nécessaire entre le technologue en échographie et les fournisseurs de soins de santé. - Les cliniques d'imagerie diagnostique doivent mettre en place un système efficace et rapide pour détecter et signaler les résultats importants aux autres membres de l'équipe de soins.
M-04	Décès maternel	La défunte était une femme de 37 ans (G3 TPAL 1101) obèse (IMC avant la grossesse de 36); il s'agissait d'une grossesse bichoriale biamniotique par fécondation in vitro. Le décès est attribué à un « choc hémorragique » découlant d'une hémorragie intra-utérine suivant l'accouchement des jumeaux par césarienne et une myomectomie pour un léiomyome (fibrome) utérin.	`	Aucune
M-05	Décès maternel	La défunte était une femme de 20 ans (G2P0), décédée soudainement à 34 semaines et un jour de gestation. La famille a subséquentement indiqué que la femme s'était plainte d'enflure et de picotements aux mains et aux pieds dans les deux semaines précédant sa mort, et de maux de tête qui ont duré trois jours avant sa mort. La cause du décès est une mort soudaine et imprévue durant la grossesse, certains signes pointant vers un trouble	`	Aucune

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
		hypertensif de la grossesse (prééclampsie).		
M-06	Décès maternel	La défunte était une femme de 31 ans (G6P6). Le décès, survenu cinq jours après l'accouchement, est attribué à des complications d'une endométrite et de produits de conception en rétention.	`	Aucune
M-07	Décès maternel	La défunte était une femme de 23 ans (G7 TPAL 2224) membre des Premières Nations. Le décès est attribué à des complications septiques et hémorragiques d'une chorioamnionite aiguë découlant d'une rupture prématurée des membranes avant terme et d'une infection ascendante à Escherichia coli. On croit que le fœtus présentait une « prédisposition rare, mais distincte » d'infection à E. coli intra-utérine grave et fulminante en raison de la rupture des membranes. L'infection s'est déplacée du fœtus aux villosités placentaires sans affecter de façon significative les membranes, ce qui est caractéristique d'une chorioamnionite.	Autres Autres Autres	1. La SOGC devrait créer une base de données nationale exhaustive sur les soins de maternité pour regrouper les données de toutes les provinces et de tous les territoires, notamment les renseignements relatifs à la race ou à l'ethnicité, y compris l'appartenance aux peuples des Premières Nations, inuits et métis, et les principaux facteurs relatifs à l'état de santé des mères et aux issues. Les données doivent aussi rendre compte de tous les décès maternels au Canada, toutes causes confondues, y compris la sepsie. Idéalement, il faudrait recenser les décès jusqu'à 365 jours après la grossesse. 2. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada devraient consacrer des fonds pour mieux soutenir la recherche et améliorer la collecte de données sur les décès maternels au Canada et les circonstances qui les entourent, en mettant l'accent sur ceux attribuables à une sepsie. 3. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada devraient promouvoir et soutenir la mise en œuvre des recommandations formulées par la SOGC pour le retour de l'accouchement dans les communautés rurales, inuites et des Premières Nations.
M-08	Décès maternel	La défunte était une femme de 37 ans (G6P4A1) ayant des antécédents médicaux comme des traumatismes multiples, le syndrome de la douleur chronique, la dépression,	Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens	1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux les risques associés aux troubles liés à l'usage d'opioïdes chez les femmes enceintes et l'importance d'établir un plan de

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
		l'hépatite B et une ancienne hépatite C, et un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Le décès est attribué à une septicémie gestationnelle à <i>Staphylococcus aureus</i> . La septicémie a entraîné la mort fœtale in utero en raison de lésions multiviscérales. Bien que différents organismes aient été détectés dans les cultures de peau, la plaie punctiforme au haut du bras gauche présentant des caractéristiques histologiques d'un point d'injection de drogues – avec signes de guérison – a probablement été la porte d'entrée de la bactérie.		soins complet et intégré pour elles. Ce plan devrait tenir compte des déterminants sociaux de la santé de la patiente : nutrition, logement sûr, ressources d'aide psychosociale, etc..
N-01	Décès néonatal	La mère du nouveau-né décédé était une femme de 26 ans (G2P0). Le décès est attribué à une atteinte hypoxique-ischémique touchant plusieurs organes découlant d'une asphyxie périnatale de cause indéterminée.		Aucune
N-02	Décès néonatal	La mère du nourrisson décédé était une femme de 24 ans (G3 TPAL 0110). Selon l'examen post-mortem, le fœtus de 23 semaines et 2 jours était normal sur le plan morphologique et développemental, et avait les paupières soudées. L'accouchement a eu lieu en période prévisible, à 23 semaines, en raison d'une incompétence cervicale.	Transfert Fournisseur de soins obstétricaux, diagnostic et examens	1. Les services d'ambulance de l'Ontario devraient élaborer une procédure de transport pour les femmes enceintes qu'on soupçonne être en travail prématuré, afin de les amener à l'hôpital ayant les services de soins néonataux appropriés le plus proche, lorsque c'est possible. 2. On recommande aux fournisseurs de soins obstétricaux de demander une consultation avec un obstétricien spécialisé en grossesses à haut risque pour les patientes chez qui il a un risque d'incompétence cervicale, avant même qu'elles soient enceintes.
N-03	Décès néonatal	La mère du nourrisson décédé était une femme de 33 ans (G2P1) suivie dans une clinique de sages-femmes. Le décès, survenu à trois jours, est attribué à une encéphalopathie hypoxique-ischémique.	Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Fournisseur de soins	1. Les fournisseurs de soins obstétricaux doivent connaître les signes associés à une rupture utérine réelle ou imminente, surtout dans le cadre d'un essai de travail après césarienne (EDTAC). 2. Les fournisseurs de soins obstétricaux doivent veiller à ce que la délégation des responsabilités entre les

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
			obstétricaux et transfert Qualité	fournisseurs de soins soit complète et exhaustive. 3. La clinique de sages-femmes concernée devrait revoir ses protocoles pour les périodes de non-disponibilité et la couverture des services, et rappeler aux sages-femmes l'importance de bien consigner les discussions et les soins fournis.
N-04	Décès néonatal	Le cas porte sur le décès d'un nouveau-né de quatre jours survenu en raison d'une encéphalopathie hypoxique-ischémique découlant d'une asphyxie périnatale. Des préoccupations ont été soulevées concernant les soins obstétriques fournis à la mère.	Fournisseur de soins obstétricaux et éducation et formation Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens	1. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux les directives de 2007 en matière de surveillance fœtale prénatale. 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'une baisse importante du centile de poids devrait déclencher une surveillance étroite continue. 3. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux et les spécialistes de l'imagerie médicale que si le poids fœtal est en deçà du 10 ^e centile (retard de croissance intra-utérin), un examen de Doppler de l'artère ombilicale s'impose.
N-05	Décès néonatal	La mère de la nouveau-née défunte était une femme de 19 ans (G2 TPAL 1001). Le décès est attribué à des changements cardiaques découlant d'un rétrécissement de l'aorte, appelé coarctation aortique. Un dépistage génétique métabolique et cardiovasculaire a relevé des variants de signification indéterminée. L'analyse toxicologique a relevé la présence de méthadone, de diphenhydramine et de tétrahydrocannabinol (cannabis).	Diagnostic et examens Autres	1. Il faut rappeler aux principaux fournisseurs de soins qu'ils doivent vérifier les résultats physiques relevés par les apprenants en médecine du premier cycle. 2. Le coronar régional principal devrait communiquer avec la mère pour lui recommander, lors de ses prochaines grossesses, de passer une échocardiographie fœtale au moment de passer l'échographie anatomique et au troisième trimestre.
N-06	Décès néonatal	La mère du nourrisson, décédé après 38 semaines et cinq jours de gestation, était une femme de 26 ans (G1 TPAL 0000). La cause du décès est une perte de sang considérable et un syndrome de	Fournisseurs de soins obstétricaux et communication et documentation	1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de bien consigner les résultats du tracé de la fréquence cardiaque fœtale et

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
		défaillance multiviscérale découlant d'une importante hémorragie sous-galéale causée par la ventouse utilisée pour faciliter l'accouchement par voie vaginale.	Éducation et formation	celle de la mère durant le travail, aux fins de comparaison.
			Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens	2. Les cliniques qui fournissent des soins obstétriques – donc la réanimation néonatale –, surtout les centres de soins primaires où la fréquence de réanimation est faible, devraient instaurer un programme de formation interdisciplinaire en continu sur une pratique délibérée à cycle rapide de réanimation néonatale. 3. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux : • qu'ils doivent rester vigilants à l'égard des hémorragies sous-galéales suivant l'usage de ventouses (accouchement opératoire) lorsqu'il y a tuméfaction sous-cutanée du cuir chevelu; • qu'en présence de tuméfaction sous-cutanée du cuir chevelu, une imagerie précoce (échographie) est utile au diagnostic.
			Politiques et procédures	4. L'hôpital devrait mettre en place un protocole d'observation pour les nouveau-nés pour lesquels on a utilisé des forceps ou une ventouse lors de l'accouchement.
			Communication et documentation	5. Le centre devrait créer un modèle pour soutenir le processus de consignation exhaustif lors d'un accouchement par voie vaginale assisté.
			Diagnostic et examens	6. La mesure régulière de la circonférence de la tête ne permet pas d'écarter un saignement important. Le protocole devrait comprendre la surveillance étroite de l'hémoglobine et l'examen du cuir chevelu. Une surveillance d'au moins huit heures est recommandée.

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
N-07	Décès néonatal	La mère du nourrisson décédé était une femme de 36 ans (G1P0). Il s'agissait d'une grossesse par fécondation in vitro (FIV). Le décès est attribué à de multiples pathologies placentaires et sous-galéales, et à des hémorragies intracérébrales dans le contexte d'un arrêt du deuxième stade du travail et du recours aux instruments.	Fournisseurs de soins obstétricaux et communication et documentation Politiques et procédures Fournisseur de soins obstétricaux et politiques et procédures Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Fournisseur de soins obstétricaux, transfert et diagnostic et examens Qualité	1. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux l'existence de la directive n° 197 de la SOGC sur la surveillance du bien-être fœtal. On y formule des recommandations sur la mise en œuvre et la consignation de la surveillance fœtale au cours de la période antepartum qui entraîneront une baisse de l'incidence d'asphyxie du nouveau-né tout en assurant le plus faible taux possible d'intervention obstétricale. (<i>JOGC</i>, septembre 2007) 2. Il faut aussi rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'existence de la directive n° 148 de la SOGC sur l'accouchement vaginal opératoire dans le cadre de la prise en charge du deuxième stade du travail. (<i>JOGC</i>, novembre 2017) 3. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux la nécessité de réduire ou de cesser l'oxytocine lorsque le tracé de la fréquence cardiaque fœtale est anormal. 4. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux la nécessité d'envisager le recours à la césarienne si l'accouchement vaginal opératoire s'avère un échec. Il peut être prudent de transférer la patiente dans une salle d'opération et de prévenir l'anesthésiste des accouchements vaginaux opératoires. 5. L'hôpital concerné devrait mener un examen des enseignements tirés des circonstances entourant ce décès qui traiterait notamment : • de communication intradisciplinaire; • de la prise en charge d'une césarienne lorsque la tête est coincée; • de la prise en charge d'un accouchement opératoire.

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
				ou néonatale (p. ex., avec assistance par ordinateur).
N-10	Décès néonatal	La mère était une femme autochtone de 27 ans (G4T3P0A0L2S0N1 O positif). Le décès est attribué à des hémorragies fœto-maternelles récurrentes naturelles avec lésions cérébrales secondaires, dans le contexte d'un retard de croissance intra-utérin à terme.	-	Aucune
N-11	Décès néonatal	La mère était une femme de 29 ans (G1P0). Le décès est attribué à une encéphalopathie hypoxique-ischémique découlant d'une asphyxie périnatale de cause indéterminée.	Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens	1. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux que des artéfacts de la fréquence cardiaque maternelle peuvent survenir lors de la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale externe et qu'il faut envisager d'utiliser simultanément une électrode crânienne fœtale et une oxymétrie pulsée maternelle continue aux fins de clarification. (Voir les directives de 2019 de la SOGC sur la surveillance fœtale intrapartum.)
S-01	Mortinai-sances	La mère était une femme de 31 ans (G1 TPAL 0000) en bonne santé. Elle souhaitait obtenir les services d'une sage-femme pour un accouchement du siège par voie vaginale. Par contre, après l'accouchement, la mère a exprimé des préoccupations concernant une mauvaise compréhension de ce type d'accouchement et des risques associés.	Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens	1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que le retard de croissance intra-utérin est une contre-indication d'un essai de travail lors d'un accouchement du siège par voie vaginale. (« Accouchement du siège par voie vaginale ». Directive clinique de la SOGC n° 226, juin 2009.) 2. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux que la surveillance fœtale externe continue devrait être obligatoire au deuxième stade du travail lors d'un accouchement du siège, et est recommandée durant la phase active du travail. (« Accouchement du siège par voie vaginale ». Directive clinique de la SOGC n° 226, juin 2009.) 3. Les mouvements de la mère peuvent créer des artéfacts qui rendent difficile l'évaluation exacte de la fréquence cardiaque fœtale. On rappelle aux fournisseurs de soins

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
			Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens	obstétricaux l'importance de recourir à des mesures additionnelles, comme la mesure de la fréquence cardiaque maternelle durant le travail pour s'assurer que celle qui est surveillée est bien celle du fœtus. 4. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance de procéder à une césarienne après 60 minutes de poussée active au deuxième stade, même si le fœtus est visible sur le périnée. (« Accouchement du siège par voie vaginale ». Directive clinique de la SOGC n° 226, juin 2009.)
S-02	Mortinai- sances	La mère du bébé mort-né était une femme de 41 ans (G11T10P0A0 L10). Elle s'est présentée à l'hôpital avec un décollement placentaire. Elle avait déjà perdu beaucoup de sang à la maison, soit environ un litre. L'hémorragie s'est poursuivie à l'hôpital.	Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Fournisseur de soins obstétricaux et diagnostic et examens Diagnostic et examens Communication et documentation Qualité	1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance d'intervenir rapidement auprès des patientes lorsque la vie est en danger. 2. On rappelle aux fournisseurs de soins obstétricaux que la surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale (FCF) doit se poursuivre jusqu'à la naissance si le tracé de FCF ou la situation clinique sont préoccupants. 3. On rappelle aux fournisseurs de soins d'anesthésie qu'ils doivent utiliser diverses stratégies (p. ex., le choix du type d'anesthésique) pour optimiser l'état des malades en phase critique pendant les soins peropératoires. Le dosage des médicaments doit être approprié pour atteindre l'effet recherché. 4. Il faudrait rappeler aux fournisseurs de services d'anesthésiologie l'importance de consigner rigoureusement tous les aspects liés aux soins peropératoires prodigués à la patiente. 5. Le chef du service d'anesthésie ou le médecin-chef de l'hôpital concerné devraient procéder à l'examen de ce

Cas	Catégorie	Résumé	Thèmes	Recommandations
				cas pour en tirer des enseignements, notamment en ce qui a trait : • au processus de consignation (personnel infirmier et médecins); • à la surveillance fœtale; • à la préparation aux urgences obstétriques, comme les hémorragies antepartum.

Pour obtenir les versions caviardées des rapports complets et des réponses aux recommandations, communiquez directement avec le Bureau du coroner en chef, à l'adresse occ.inquiries@ontario.ca.

Les questions et commentaires sur le présent rapport peuvent être envoyés à l'adresse suivante :

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