

Comité d'examen des décès en
matière de soins maternels
et périnataux
Rapport annuel 2020

Table des matières

Message de la présidente	i
Composition du Comité en 2020	iii
Résumé.....	iii
Présentation.....	1
Survol statistique (de 2004 à 2020)	4
Résumé des cas examinés en 2020.....	11
Leçons tirées des examens du Comité.....	12
Annexe A – Résumé des cas examinés en 2020	14

Ce rapport a été préparé par la D^{re} Louise McNaughton-Filion,
présidente du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals,
et par M^{me} Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités.

Message de la présidente

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 obstétriques, fournit des conseils d'expert dans le cadre des investigations menées par les coroners en 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 dans les 42 jours suivant la naissance. Les décès survenant après ce délai sont examinés si l'on envisage une cause 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 fœtale, profession de sage-femme ou de maïeuticien, soins infirmiers périnataux, anesthésiologie obstétricale, pathologie, néonatalogie et médecine familiale. Par ailleurs, des représentants de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada ont joué un rôle de premier plan auprès du Comité, le guidant dans ses efforts concertés pour promouvoir des changements positifs dans le domaine de l'obstétrique non seulement en Ontario, mais aussi dans tout le Canada.

Depuis sa création, le Comité a examiné 487 cas et formulé 834 recommandations visant à prévenir les mortinaissances et les décès de mères et de nouveau-nés. En 2020, 23 cas ont été examinés et 39 recommandations ont été formulées. Les principaux problèmes ciblés par les recommandations de 2020 touchaient les fournisseurs de soins obstétricaux, les transferts, la communication et la documentation, le diagnostic et les tests, les politiques et procédures ainsi que la sensibilisation et la formation.

Ces tendances, dans un contexte où nous nous employons à réduire ce type de décès et à améliorer la qualité des soins fournis aux mères et aux nouveau-nés, éclaireront les prochaines recommandations et orienteront la prise de mesures dans le milieu des soins obstétricaux.

Il est possible d'obtenir une version caviardée des rapports complets en écrivant à occ.inquiries@ontario.ca. Le Comité espère que ces rapports seront utilisés pour sensibiliser le public et améliorer les soins obstétriques.

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. Comme je n'en suis devenue la présidente qu'à la fin de 2020, il importe de souligner la contribution substantielle du D^r Rick Mann, qui a été mon prédécesseur de 2011 à 2020, pour son précieux travail visant l'amélioration de la santé maternelle et périnatale. J'aimerais souligner également le soutien de Kathy Kerr, directrice de la gestion des comités. Sans son expertise organisationnelle, les examens et le présent rapport n'auraient pas été possibles.

C'est donc avec fierté que je vous présente le rapport annuel 2020 du Comité.

La présidente du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals et coroner régionale principale de la Région de l'Est – Bureau d'Ottawa,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Louise', followed by a horizontal line and two small dots.

Louise McNaughton-Filion, M. D., CCMF (MU), FCMF, CCPE

Composition du Comité en 2020

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 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 Kryzanas

Sage-femme (milieu rural)

D^r Dilipkumar Mehta

Néonatalogiste (niveau 2)

Linda Moscovitch

Sage-femme (milieu urbain)

D^r Toby Rose

Médecin légiste

D^{re} 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) a mis sur pied le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétriques, qui a été renommé en 2004 pour devenir 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 487 cas et formulé 834 recommandations visant à prévenir d'autres décès.
- En moyenne, il examine 29 cas et formule 49 recommandations par année.
- Les problèmes les plus ciblés dans les recommandations formulées entre 2004 et 2020 touchaient les thèmes suivants : fournisseurs de soins obstétricaux; politiques et procédures; communication et documentation; et diagnostic et tests (notamment la surveillance fœtale électronique).
- En 2020, 23 cas ont été examinés et 39 recommandations ont été formulées. Aucun cas n'était lié à la COVID-19.
- Sur les 23 cas examinés en 2020, il y avait 12 décès maternels (4 ont fait l'objet d'un examen sommaire, et 8, d'un examen complet), 8 décès néonataux et 3 mortinaissances.
- Les décès de femmes enceintes qui ne sont pas attribuables à la grossesse ou pour lesquels la grossesse n'était pas un facteur contributif sont consignés et soumis à un examen sommaire. Les décès maternels attribuables à une complication connue associée à la grossesse (p. ex., embolie pulmonaire) pour lesquels *aucune* interrogation quant aux soins apportés à la mère n'a été soulevée peuvent aussi faire l'objet d'un examen sommaire. Ces examens sont réalisés par un sous-groupe du Comité qui analyse les circonstances du décès. Le Comité discute ensuite en séance plénière des résultats, ce qui peut donner lieu à d'autres commentaires ou à des investigations supplémentaires¹.

¹ Depuis le rapport annuel 2017, les examens sommaires sont inclus dans les statistiques sur le nombre total d'examens réalisés.

Présentation

Mandat

En 1994, le Bureau du coroner en chef (BCC) a mis sur pied le Comité d'examen des décès en matière de soins obstétricaux, qui a été renommé en 2004 pour devenir 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 d'énoncer une conclusion de droit.

Définitions : décès maternel, mortinaissance, décès périnatal et décès néonatal

Le Comité examine tous les décès de femmes survenus « pendant ou après leur grossesse, dans des circonstances pouvant raisonnablement être attribuées à cette grossesse ». Les décès de femmes enceintes qui ne sont pas attribuables à la grossesse sont consignés à des fins statistiques et examinés sommairement.

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 survenus plus de 42 jours après l'accouchement, sauf ceux qui sont directement attribuables 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** est 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 formuler des recommandations visant à prévenir ces décès.
2. Procéder à un examen spécialisé des soins prodigués aux femmes durant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que de ceux 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 Canada².
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 pouvant être mis 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 qu'aux services hospitaliers d'obstétrique, de sages-femmes et maïeuticiens, de radiologie, d'échographie, d'anesthésie et d'urgence afin de prévenir les 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 de prévention.
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, selon le contexte.
9. Encourager 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 à visée préventive.
11. Communiquer, au besoin, de l'information à teneur éducative.

N. B. : Tous ces objectifs et toutes ces 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 composition

Le Comité compte d'éminents spécialistes de diverses disciplines, dont l'obstétrique, la médecine familiale, la médecine néonatale spécialisée, la médecine fœtale, 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 représente avec équilibre toutes les régions de la province en mesure de se faire représenter et les 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 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.

Selon les besoins de chaque cas, d'autres personnes peuvent être invitées aux réunions du Comité (p. ex., le coroner investigateur, le coroner régional principal ou d'autres spécialistes dont la discipline est liée au cas examiné).

Mode de fonctionnement

Les cas sont soumis au Comité par les coroners investigateurs et les coroners régionaux principaux. L'information ainsi fournie 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 (le cas échéant) afin de prévenir d'autres décès. Ce rapport est envoyé au coroner régional principal ayant soumis le cas pour qu'il approfondisse l'investigation au besoin. Les recommandations sont transmises aux agences et organismes en mesure de les étudier ou de les appliquer. Les destinataires doivent rendre compte de l'état de 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.

Les cas qui exigent une expertise dans une autre discipline sont examinés par un spécialiste externe, qui participe à la réunion, aux discussions et à la formulation des recommandations, au besoin.

Cadre à respecter

Le Comité est un organe consultatif pour le système des coroners; il présente ses recommandations au coroner en chef par l'intermédiaire de son président.

Lorsqu'il produit un rapport consensuel, le Comité se limite aux données dont il dispose. Cela dit, les membres s'emploient à obtenir toute l'information nécessaire.

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*. Les cas mentionnés dans le rapport annuel sont exempts 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 détenir des renseignements complémentaires invalidant une ou plusieurs des conclusions du Comité. Si un autre fait est signalé au président du Comité avant la rédaction du rapport annuel, le cas est réexaminé à la lumière de cet élément.

Par ailleurs, les recommandations se basent sur un examen minutieux des circonstances entourant chaque décès. Il ne s'agit pas d'orientations stratégiques et 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.inquires@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 périnataux en Ontario.

Survol statistique (de 2004 à 2020)

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. Au fil du temps, le Comité a évolué, mais les technologies, politiques et procédures médicales aussi, de même que la façon dont le public et les professionnels voient les soins maternels et périnatals prodigués en Ontario. Nous avons voulu fournir une analyse qui reflète les valeurs et attitudes actuelles, et c'est pourquoi les statistiques présentées dans ce rapport portent sur les cas examinés et les recommandations formulées depuis 2004.

De 2004 à 2020, le Comité a examiné 487 cas au total. De ce nombre, 184 (38 %) étaient des décès maternels, 206 (42 %), des décès néonataux, et 97 (20 %), des mortinaissances. Ces chiffres sont en phase avec la politique du 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 pour lesquels la grossesse n'était pas un facteur contributif sont consignés et soumis à un examen « sommaire ». Ces examens sont réalisés par un sous-groupe du Comité qui analyse les circonstances du décès. Le Comité discute ensuite en séance plénière des résultats, ce qui peut donner lieu à d'autres commentaires ou à des investigations supplémentaires. Au besoin et à la suggestion du Comité, un examen complet peut s'ensuivre. Les statistiques ci-dessous couvrent le nombre total d'examens (sommaires et complets) réalisés par le Comité.

À noter que 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.

Le **tableau 1** présente la répartition des cas selon l'année où ils ont été examinés, qui diffère souvent de l'année du décès.

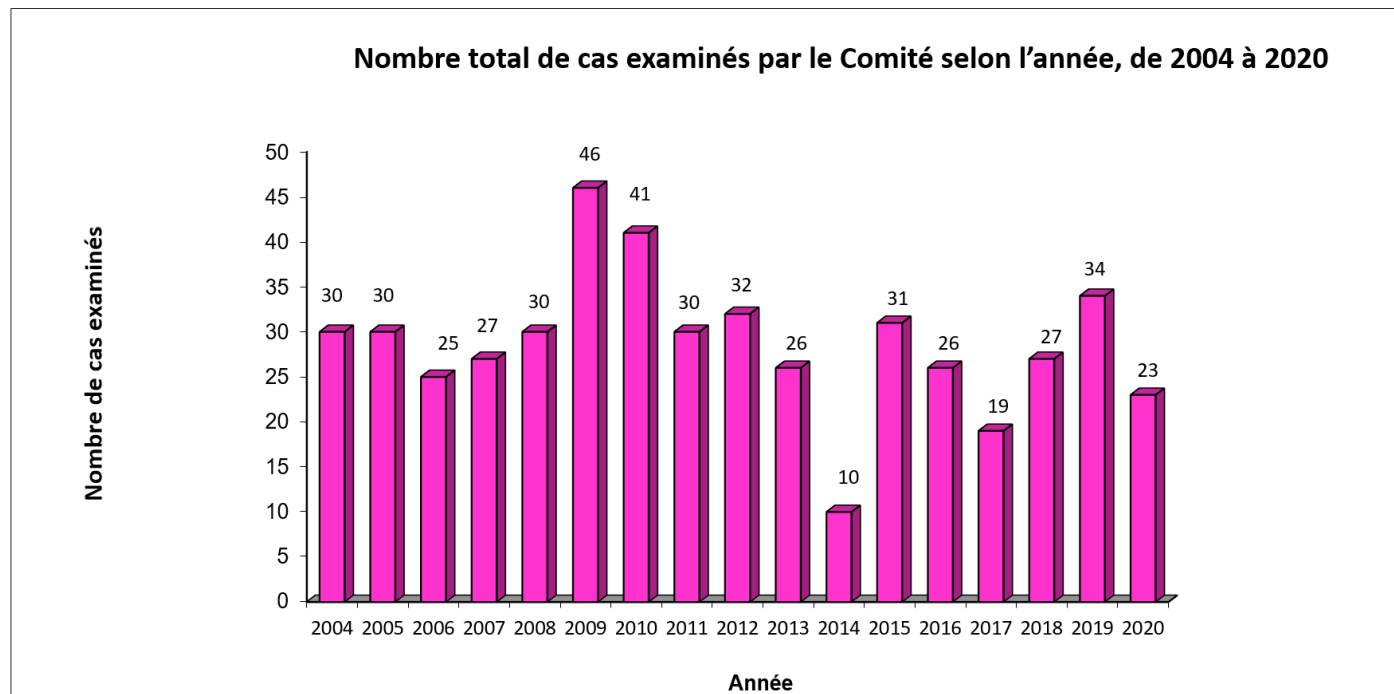
Tableau 1 : Nombre de cas examinés par le Comité (2004-2020)

Cas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	%	Moy./an
Nombre total de cas examinés	30	30	25	27	30	46	41	30	32	26	10	31	26	19	27	34	23	487	*	29
Décès maternels – examen sommaire	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	7	9	7	6	13	4	46	*	8
Décès maternels – examen complet	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	5	4	3	9	8	8	138	*	8
Décès maternels – total	10	12	4	15	8	21	11	3	3	11	3	12	13	10	15	21	12	184	38 %	11
Décès néonataux	12	11	13	12	12	16	19	14	20	10	5	15	10	8	10	11	8	206	42 %	12
Mortinaissances	8	7	8	0	10	9	11	13	9	5	2	4	3	1	2	2	3	97	20 %	6

* pas de données

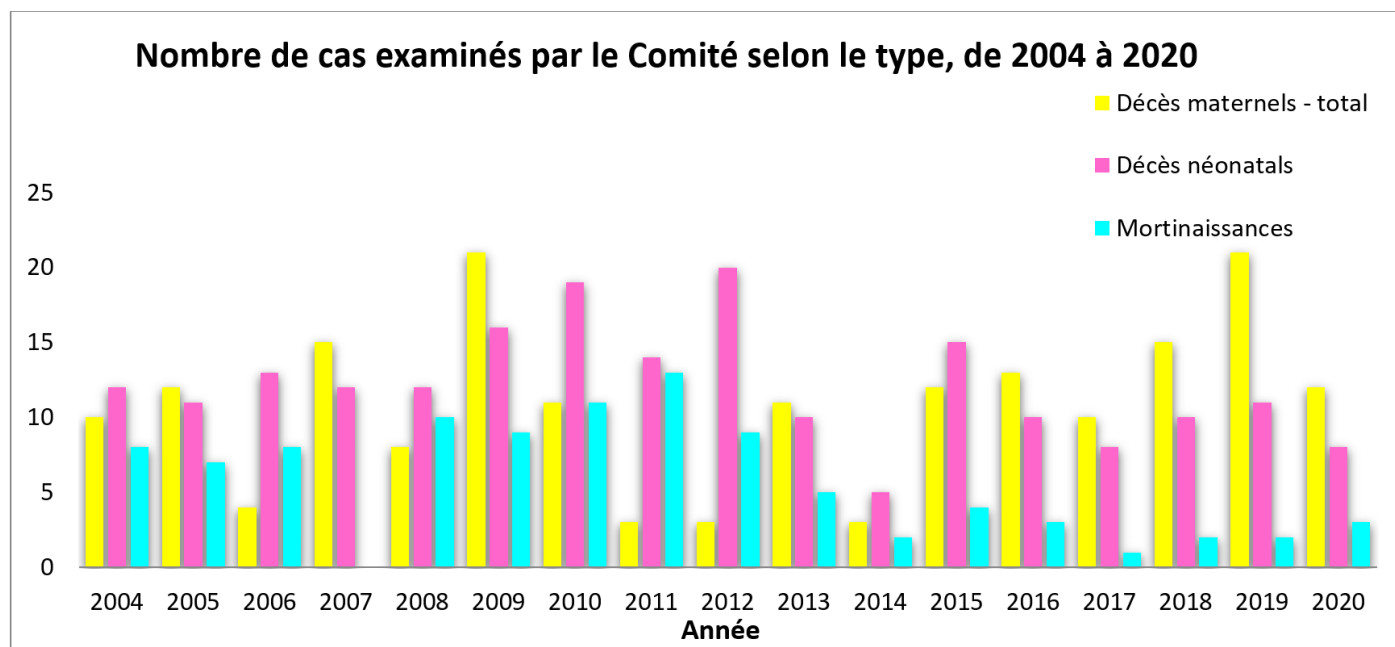
Le **tableau 1** montre que le nombre total de cas examinés entre 2004 et 2020 a fluctué entre 10 (en 2014) et 46 (en 2009). Il est probable que cette variation soit due à l'évolution des pratiques administratives du Comité (p. ex., temps requis pour l'examen des documents et la préparation des rapports finaux).

Figure 1 : Nombre total de cas examinés par le Comité selon l'année, de 2004 à 2020



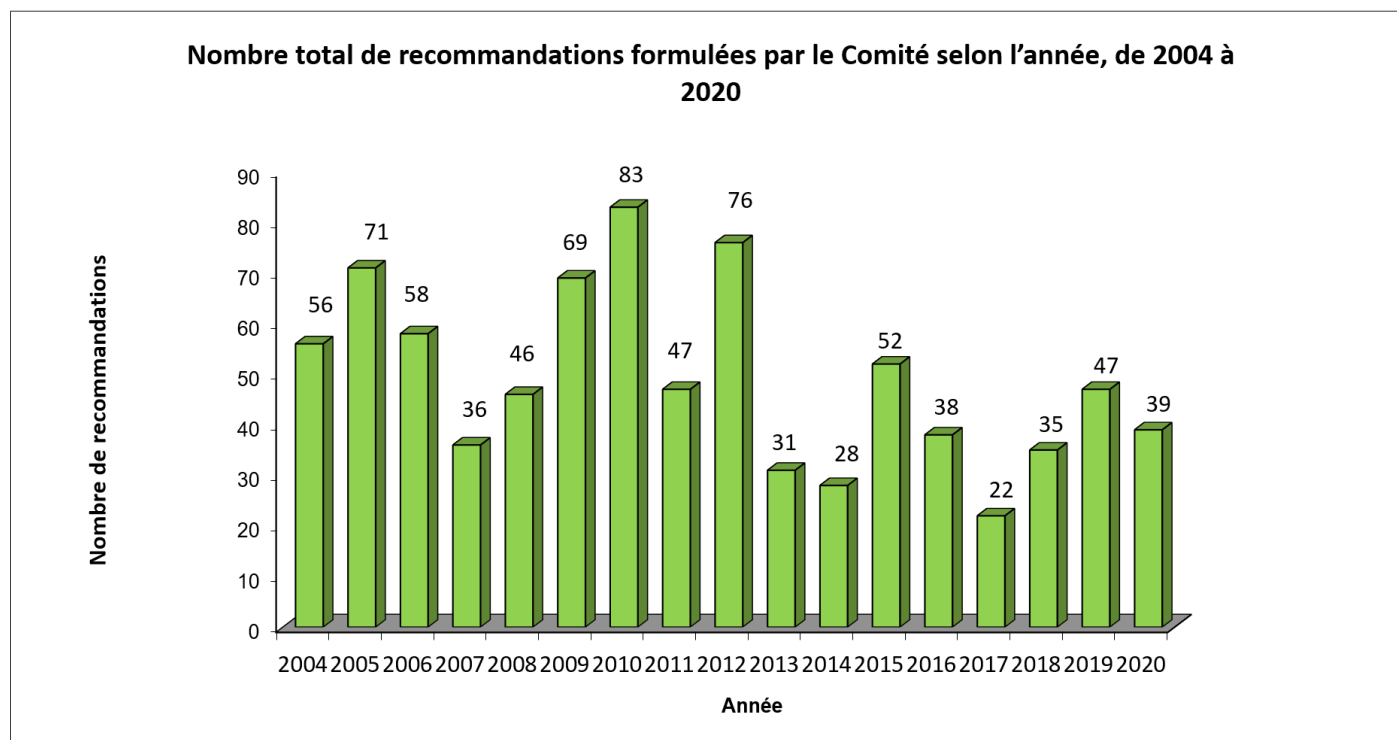
La **figure 1** montre la variation du nombre de cas examinés entre 2004 et 2020. C'est en 2014 que ce nombre a été le plus bas, avec 10 cas, et en 2009 qu'il a atteint un sommet, avec 46 cas. Cette variation s'explique par la nature subjective des signalements reçus par le Comité (seuls les décès maternels 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 a examiné 29 cas par année.

Figure 2 : Nombre de cas examinés par le Comité selon le type, de 2004 à 2020



La **figure 2** montre qu'entre 2004 et 2020, 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 ne sont examinés que lorsque des problèmes ou des interrogations sont soulevés.

Tableau 2 : Nombre total de recommandations formulées par le Comité selon l'année, de 2004 à 2020

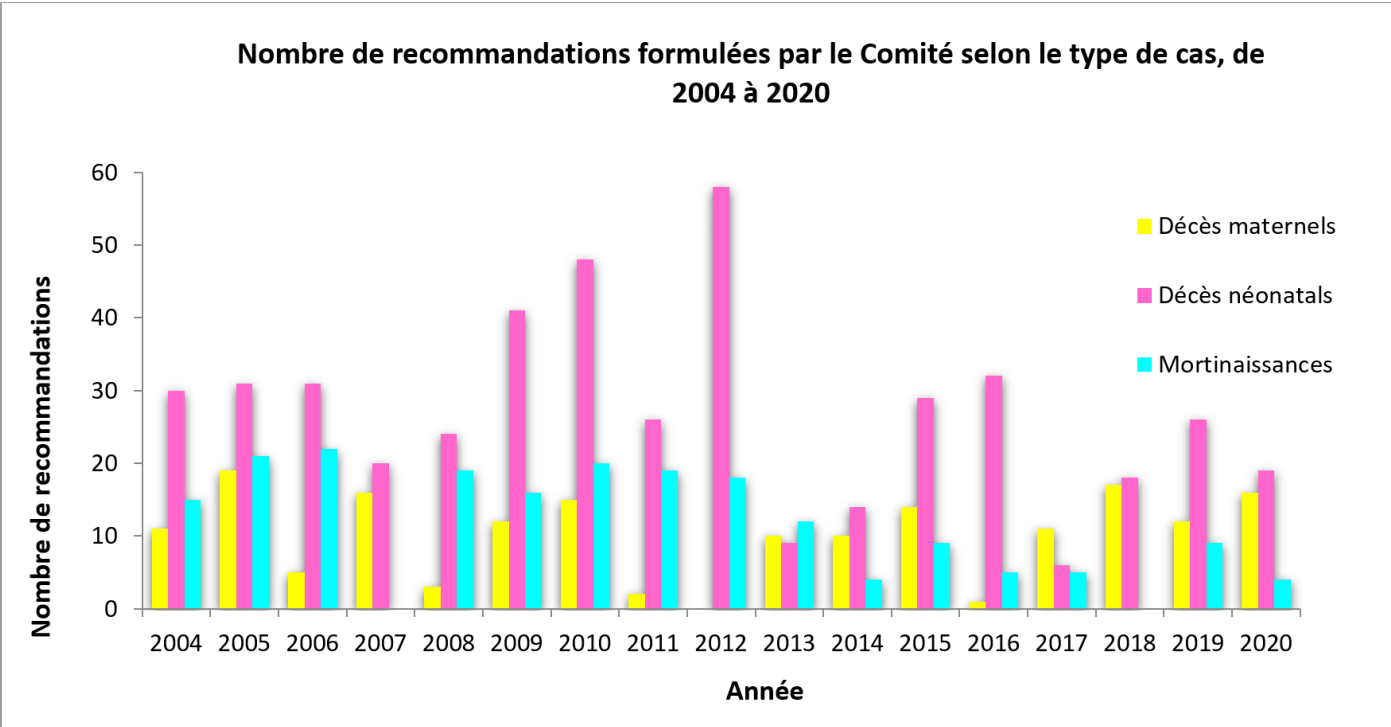


Le **tableau 2** indique que de 2004 à 2020, le Comité a formulé au total 834 recommandations : 174 (21 %) étaient liées à des décès maternels, 462 (55 %), à des décès néonataux, et 198 (24 %), à des mortinaissances. On peut constater qu'au cours de cette période, la majorité des cas examinés et des recommandations formulées portaient sur des décès néonataux. En moyenne, 49 recommandations ont été formulées chaque année.

Un examen de ces recommandations a permis de constater la récurrence de certaines problématiques au fil du temps :

- Décisions des fournisseurs de soins obstétricaux;
- Politiques et procédures (p. ex., élaboration de politiques et de procédures ou respect de celles en place);
- Communication et documentation (p. ex., consignation et communication de l'information);
- Qualité (p. ex., examen de la qualité des soins);
- Diagnostic et tests (p. ex., interprétation des résultats d'analyses de laboratoire);
- Diagnostic et tests – plus particulièrement la surveillance fœtale électronique (p. ex., interprétation des résultats);
- Perfectionnement et formation (p. ex., formation continue);
- Ressources (p. ex., accès aux ressources et affectation des ressources);
- Transfert (p. ex., déplacement des patients);
- Autre (p. ex., aiguillage vers un autre comité).

Figure 3 : Nombre de recommandations formulées par le Comité selon le type de cas, de 2004 à 2020



Comme l’illustre la **figure 3**, entre 2004 et 2020, la plupart des recommandations portaient sur des décès néonataux.

Tableau 3 : Nombre et pourcentage de recommandations formulées par le Comité selon la problématique et le type de cas, de 2004 à 2020

	Décès maternels	Décès néonataux	Mortinaissances	Total	% du total
Fournisseur de soins obstétricaux	69 37 %	89 18 %	47 23 %	205	23 %
Politiques et procédures	33 18 %	88 18 %	35 17 %	156	18 %
Communication et documentation	18 10 %	80 16 %	37 18 %	135	15 %
Qualité	18 10 %	42 9 %	13 6 %	73	8 %
Diagnostic et tests	23 12 %	69 14 %	29 14 %	121	14 %
Diagnostic et tests – SFE	1 1 %	52 11 %	28 13 %	81	9 %
Perfectionnement et formation	4 2 %	29 6 %	9 4 %	42	5 %
Ressources	3 2 %	15 3 %	3 1 %	21	4 %
Transfert	8 4 %	19 4 %	5 2 %	32	4 %
Autre	8 4 %	3 0,6 %	2 1 %	13	1 %

* Certaines recommandations concernent plus d'une problématique.

Le **tableau 3** montre que 23 % des recommandations formulées par le Comité de 2004 à 2020 visaient l'amélioration ou la résolution de problèmes liés aux fournisseurs de soins obstétricaux, 18 % portaient sur l'élaboration de politiques et procédures ou le respect de celles en place, et 15 %, sur la communication et la documentation, en particulier la transmission rapide d'information exacte entre les fournisseurs de soins et les patients.

Le tableau 3 permet également de constater ce qui suit (selon le type de cas et la problématique) :

- 18 % des recommandations touchant les décès néonataux visaient les fournisseurs de soins obstétricaux ou les politiques et procédures, et 16 %, la communication et de la documentation;
- 37 % des recommandations relatives aux décès maternels visaient les fournisseurs de soins obstétricaux (p. ex., décisions médicales);
- Tous types de cas confondus, 23 % des recommandations au total visaient les fournisseurs de soins obstétricaux.

Par ailleurs, se sont aussi révélés particulièrement problématiques ces dernières années le recours à la surveillance fœtale électronique (SFE), l'interprétation des résultats de SFE par les fournisseurs de soins

obstétricaux et les mesures de suivi prises en conséquence. De 2004 à 2020, 81 recommandations (9 % du nombre total) concernaient la SFE.

Résumé des cas examinés en 2020

Les cas examinés par le Comité en 2020 peuvent inclure des décès survenus dans les années précédentes.

Nombre total de cas examinés (examens sommaires et complets) : 23

Nombre total de recommandations formulées : 39

Nombre de cas de décès maternel soumis à un examen complet : 8

Nombre de cas de décès maternel soumis à un examen sommaire* : 4

Nombre de recommandations formulées sur les cas de décès maternel : 16

Nombre de cas de décès néonatal examinés : 8

Nombre de recommandations formulées sur les cas de décès néonatal : 19

Nombre de cas de mortinaissance examinés : 4

Nombre de recommandations formulées sur les cas de mortinaissance : 4

* Les décès de femmes enceintes qui ne sont pas attribuables à la grossesse ou pour lesquels la grossesse n'était pas un facteur contributif sont consignés et soumis à un examen sommaire. Ces examens sont réalisés par un sous-groupe du Comité qui analyse les circonstances du décès. Le Comité discute ensuite en séance plénière des résultats, ce qui peut donner lieu à d'autres commentaires ou à des investigations supplémentaires.

Un résumé des cas examinés et des recommandations formulées en 2020 figure à l'annexe A.

Leçons tirées des examens du Comité

Nous ne saurions passer sous silence les répercussions de la COVID-19 sur le Comité et les examens qu'il a effectués en 2020. Les spécialistes en soins maternels et périnatals qui le composent se sont vite tournés vers le mode virtuel, ce dont nous leur sommes reconnaissants. Nous verrons dans les prochains rapports si des recommandations doivent être faites relativement à la pandémie pour ce qui est des décès maternels et périnatals.

Dans le cadre des examens qu'il a menés en 2020, le Comité a cerné des enjeux liés aux soins maternels et périnatals, notamment : le besoin d'un système d'alerte obstétrique précoce dans tous les établissements de soins obstétriques; l'importance de la surveillance fœtale; la planification et la préparation en matière d'urgences obstétriques et de transport de la mère; le besoin d'améliorer la collecte de données sur la morbidité et la mortalité maternelles à l'échelle provinciale et fédérale; la recherche sur les décès maternels. Est également ressorti le besoin d'une analyse robuste des incidents thérapeutiques par des équipes multidisciplinaires à l'échelle locale. Dans un contexte où nous nous employons à réduire ces décès et à améliorer la qualité des soins fournis aux mères et aux nouveau-nés, le Comité veut faire en sorte, en mettant ces problèmes au jour, de favoriser des changements positifs et la prise de mesures dans 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

Ces quatre dernières années, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a collaboré avec des spécialistes et des partenaires pour mettre au point, dans le contexte du système de santé canadien, un système permettant d'analyser exhaustivement tous les décès maternels survenant au pays et de formuler et mettre en œuvre des recommandations axées sur la prévention. Le Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals est un acteur de premier plan dans ce système.

Parallèlement, la Fondation canadienne de la santé des femmes, un organisme sans but lucratif qui recueille des fonds pour la santé sexuelle et reproductrice des femmes, a lancé une campagne visant à soutenir la recherche en prévention de la mortalité maternelle au Canada ainsi que la mise en œuvre du système d'enquêtes confidentielles. M. Paul Carr a également dirigé une campagne, propulsée par son don personnel de 100 000 \$ en l'honneur de sa défunte épouse Kitty, pour appuyer la recherche et les efforts en prévention de la mortalité maternelle au Canada (<https://cfwh.org/cfwh-awards-fellowships-and-grants/#carr>). La première subvention de recherche du fond Kitty Carr sera remise en juin 2022.

Le but de ces initiatives est de faire connaître les problèmes entourant les cas de morbidité et de décès liés à la grossesse et de promouvoir des changements chez les gens, dans les systèmes de santé et dans les collectivités, pour ainsi **prévenir tous les cas de morbidité et de mortalité évitables et améliorer la situation des femmes et des bébés**. Les systèmes d'enquêtes confidentielles sont bien établis dans d'autres pays; ils

ont entraîné une réduction des décès maternels et amélioré les résultats pour les femmes, les fournisseurs de soins et les systèmes de santé.

Afin de normaliser l'approche utilisée pour analyser les cas de morbidité et de décès maternels et formuler des recommandations de prévention, des spécialistes canadiens ont créé une trousse. Ils ont été dirigés dans cet exercice par la SOGC et des membres des équipes d'examen des données périnatales et des cas de morbidité et de mortalité maternelles de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Les documents compris dans cette trousse, s'ils peuvent servir de modèles pour l'examen des cas de morbidité et de mortalité maternelles, ont par ailleurs la flexibilité voulue pour être adaptés par les provinces et territoires ou les comités selon leurs besoins. Ainsi, pour ceux qui connaissent peu le processus d'examen, la trousse fournit les documents, outils et ressources nécessaires pour mettre en place un processus sans trop de difficulté, avec l'aide d'un groupe d'intervenants qui, forts de leur vaste expérience, se feront un plaisir de les orienter. La trousse ainsi que des ressources de formation et d'information figureront dans les deux langues officielles sur le site Web de la SOGC, qui sera enrichi d'un centre de renseignements sur la mortalité maternelle au Canada. La trousse sera disponible en 2022.

La SOGC dirige également un projet de recherche consistant à répertorier les recommandations des cinq dernières années du Comité d'examen des décès en matière de soins maternels et périnatals qui peuvent être mises en lien avec la pratique de la SOGC et le niveau de données requis, afin de relever les lacunes dans la pratique et les données, établir les mises à jour nécessaires et déterminer les initiatives de formation et d'information possibles.

Enfin, la SOGC continue de mener, avec le Système canadien de surveillance périnatale, un travail d'harmonisation et de coordination en ce qui concerne les signalements de cas de morbidité et de mortalité maternelles à l'échelle nationale. Elle travaille en outre avec les systèmes provinciaux de données périnatales pour explorer des modèles pour la mise en œuvre de la trousse et les signalements. Elle collabore également à plusieurs projets de recherche relatifs à la mesure de la morbidité et de la mortalité maternelles, dont des études axées sur la santé mentale périnatale, et communique régulièrement avec le Royaume-Uni et les États-Unis sur des sujets liés à la santé maternelle.

Annexe A

Résumé des cas examinés en 2020

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
EX-01	Décès maternel – Examen sommaire	La défunte était âgée de 33 ans (G2P0A1) et menait une grossesse issue d'une fertilisation in vitro. Aucune complication anténatale n'avait été signalée. La patiente s'est rendue à l'hôpital en raison de crampes et de douleurs abdominales, et le décès fœtal intra-utérin a été constaté. La patiente a été admise à l'hôpital, où le travail a été déclenché. Pendant le déclenchement, elle est devenue à bout de souffle et nauséuse. Peu de temps après, elle a subi un arrêt cardiaque et a reçu une thrombolyse, car on craignait une embolie pulmonaire. On a supposé que le décès était attribuable à une possible embolie pulmonaire causée par a) une thrombose veineuse profonde (TVP) et b) une grossesse à terme.	Aucune
EX-02	Décès maternel – Examen sommaire	La défunte était âgée de 22 ans (G1P0) et en était à 18 semaines de grossesse. Elle avait des antécédents de crises d'épilepsie et était atteinte de surdité congénitale et d'un retard du développement. Elle était suivie par une unité de surveillance des grossesses à risque élevé. Elle a été vue en train de s'effondrer en raison d'une crise. Elle n'a pas pu être réanimée. Le décès est attribuable à l'épilepsie.	Aucune
EX-03	Décès maternel – Examen sommaire	La défunte avait 33 ans et était enceinte d'environ sept mois. Elle a été tuée par son conjoint.	Aucune
EX-04	Décès maternel – Examen sommaire	La défunte avait 33 ans (G1P0), était en bonne santé et était enceinte de six semaines. Elle s'était plainte de douleur abdominale supérieure, de brûlures d'estomac, de nausées, de vomissements, d'étourdissements et de diarrhée. Elle n'avait ni douleur pelvienne ni saignements vaginaux. Elle a été transportée à l'hôpital et est décédée d'une rupture de grossesse ectopique dans la trompe de Fallope gauche.	Aucune
M-01	Décès maternel	La défunte avait 24 ans (G3P1) et était en bonne santé. Elle avait déjà subi deux avortements thérapeutiques. Après une grossesse sans complications, elle a été admise à l'hôpital au début du travail à 36 semaines. La défunte et son bébé se portaient bien et il n'y a eu aucun problème de soins. La mère est décédée trois jours après l'accouchement d'une sepsie causée par une infection à streptocoque du groupe A postpartum (foyer infectieux inconnu).	Politiques et procédures Il est recommandé que tous les établissements et organisations fournissant des services de soins obstétriques élaborent un processus exhaustif d'examen des décès maternels fondé sur des données et des renseignements normalisés et complets.

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
			Diagnostic et tests 2. Tous les hôpitaux sont encouragés à utiliser un système d’alerte obstétrique précoce modifié (modified early obstetric warning [MEOW]), comme le recommande la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), et à donner une formation appropriée et régulière aux fournisseurs de soins obstétriques de leurs établissements. Autre 3. Il est recommandé que la SOGC élabore, distribue et promeuve un outil normalisé de collecte de données et de renseignements afin d’analyser et d’évaluer l’information sur les décès maternels à l’échelle provinciale et nationale.
M-02	Décès maternel	La défunte avait 36 ans (G1P0). Le rétablissement après l’accouchement à l’hôpital s’était bien passé, et elle avait obtenu son congé. Elle est décédée quatre jours après l’accouchement d’une fasciite nécrosante causée par une infection du site d’épisiotomie à la suite de son accouchement vaginal par ventouse.	Transfert 1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins de santé que la fasciite nécrosante est une urgence médicale et chirurgicale. Dans ces cas graves, un transfert vers un établissement approprié doit être envisagé sans délai. Criticall peut aider au transfert. Fournisseurs de soins obstétricaux 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins que pour éviter tout retard, le traitement chirurgical de la fasciite nécrosante doit être généralement effectué à l’hôpital où s’est présentée la patiente, si un chirurgien général ayant reçu la formation nécessaire ainsi que des ressources de soutien pour les soins intensifs sont disponibles.
M-03	Décès maternel	La défunte était une femme de 29 ans ayant un retard du développement (G3P2A1) qui en était à 29 semaines de grossesse. Elle a subi un arrêt cardiaque. La cause du décès n’a pas été établie et le mode de décès n’a pas été déterminé.	Autre 1. Il est recommandé que le coronar régional principal suggère aux enfants et aux frères et sœurs de la défunte, le cas échéant, d’obtenir une consultation génétique.
M-04	Décès maternel	La défunte avait 40 ans (G4P3). La grossesse s’est déroulée normalement jusqu’à la 31 ^e semaine, où elle a appelé son obstétricien parce qu’elle avait la jambe enflée depuis quelques jours. On lui a conseillé de marcher régulièrement pendant la journée, d’élever ses jambes en position assise et d’appliquer un linge froid sur sa jambe. Le lendemain, elle s’est présentée à l’hôpital, le souffle court. Le	Fournisseurs de soins obstétricaux 1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu’en présence de signes et symptômes de TVP chez une femme enceinte, un examen objectif est requis d’urgence. Tous les cas possibles de TVP doivent être traités

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
		décès est attribuable à une embolie pulmonaire.	avec un niveau de suspicion élevé et un examen approprié doit être effectué d'urgence. Fournisseurs de soins obstétricaux 2. Les fournisseurs de soins obstétricaux doivent veiller à ce que les conseils médicaux que donne leur personnel aux clientes soient appropriés, et révisés périodiquement et de manière exhaustive et hiérarchisés comme il se doit par le fournisseur de soins primaires. Les soins virtuels (p. ex., par téléconférence) doivent être abondamment documentés, et les dates et heures doivent être inscrites dans le tableau.
M-05	Décès maternel	La défunte avait 45 ans (G2P1). À 29 semaines et deux jours de grossesse, elle s'est présentée à l'hôpital, car le travail avait commencé spontanément. Le fœtus se présentait par le siège. Une césarienne a été pratiquée. La femme a subi une réaction de type convulsive. Le décès est attribuable à un choc hémorragique causé par un décollement placentaire.	Fournisseurs de soins obstétricaux 1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'un âge maternel avancé pose un risque considérable qui doit être surveillé de près et peut nécessiter de devancer l'accouchement planifié. Politiques et procédures 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que des protocoles de transfusion massive propres à la patiente doivent être établis et que ces protocoles peuvent comprendre l'utilisation précoce de cryoprécipité. Fournisseurs de soins obstétricaux 3. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que les patientes dont l'état est instable doivent être traitées à l'hôpital selon une approche multidisciplinaire de soins (à laquelle participe le principal médecin responsable), comme le font les équipes d'intervention auprès des malades en phase critique. Diagnostic et examens 4. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux la nécessité de vérifier les signes vitaux après l'accouchement, y compris par des examens du fond de l'utérus, et de consigner les résultats.
M-06	Décès maternel	La défunte avait 26 ans (G3P2). Ses antécédents médicaux comportaient un diagnostic d'épilepsie. À 38 semaines de grossesse, elle a été retrouvée inanimée dans	Aucune

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
		son lit. Le décès est probablement attribuable à un trouble épileptique et à une potentielle asphyxie positionnelle.	
M-07	Décès maternel	La défunte avait 39 ans (G4P3). Elle était arrivée au Canada du Bangladesh environ trois mois plus tôt. Il était inscrit « placenta praevia complet » dans son dossier prénatal; il n'est pas clair si l'information avait été transmise et si des rendez-vous avaient été manqués. Problèmes de communication. Le décès est attribuable à une hémorragie postpartum causée par une atonie utérine.	Communications et documentation 1. Les fournisseurs de soins obstétricaux sont encouragés à recourir à des services de traduction et à des ressources hospitalières ou communautaires lorsque des facteurs linguistiques ou culturels risquent de nuire à la capacité de la patiente de comprendre et d'appliquer les plans de soins et de faire des choix éclairés. Politiques et procédures 2. Les fournisseurs de soins obstétricaux sont encouragés à revoir et à mettre à jour leurs politiques et procédures sur la gestion des cas graves de saignements obstétricaux.
M-08	Décès maternel	La défunte avait 34 ans et était généralement en bonne santé (G1 TPAL 0000). Elle avait signalé une douleur et une pression pelviennes. À 36 semaines et six jours de grossesse, elle a appelé l'unité de soins obstétricaux de l'hôpital où elle devait accoucher en se plaignant de nausée, de vomissements et d'une diminution du mouvement fœtal depuis 24 heures. Elle avait du mal à parler et ne répondait pas bien aux questions. Une césarienne a été pratiquée. Le décès est attribuable à une stéatose hépatique aiguë gravidique.	Diagnostic et examens 1. Les fournisseurs de soins obstétricaux sont encouragés à envisager d'autres solutions d'imagerie diagnostique (p. ex., unités portatives) pour les nouvelles patientes en obstétrique. Communications et documentation 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que toutes les conversations, y compris les examens téléphoniques et les décisions relatives aux soins, doivent être bien consignées dans le dossier médical.
N-01	Décès néonatal	La mère avait 39 ans (G10T3P2A4). L'accouchement a eu lieu à la 23 ^e semaine. La grossesse n'avait pas été signalée, et aucun soin prénatal ni aucune sérologie n'ont été effectués. Le décès est attribuable à une prématurité extrême. Des problèmes de réanimation sont survenus dans la salle d'urgence.	Fournisseurs de soins obstétricaux 1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins : • d'assurer l'intubation par tube endotrachéal en suivant les étapes décrites dans le manuel du Programme de réanimation néonatale (PRN); • l'importance de l'installation rapide d'une sonde nasogastrique pour une ventilation efficace; • l'importance de l'accès intraveineux pour la réanimation liquidienne pour une plus grande efficacité.

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
			Communications et documentation 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins que toutes les observations et procédures doivent être consignées clairement. Il faut envisager d'ajouter un modèle de formulaire de « code rose » dans la trousse de réanimation néonatale du service d'urgence. Qualité 3. L'hôpital concerné devrait mener un examen des enseignements tirés des circonstances entourant ce décès.
N-02	Décès néonatal	La mère avait 33 ans (G2T1POA0L1) et en était à 36 semaines et deux jours de grossesse. Une césarienne était prévue. La mère s'est présentée à l'hôpital en se plaignant de douleurs abdominales. Une césarienne d'urgence a été réalisée en raison d'un décollement placentaire. Le nouveau-né est décédé à trois jours d'une encéphalopathie hypoxique-ischémique.	Diagnostic et examens – SFE 1. Il faut rappeler aux établissements de soins obstétricaux que les tracés de monitoring fœtal électronique doivent être conservés aux dossiers médicaux des patients.
N-03	Décès néonatal	La mère était une femme primipare de 41 ans qui s'est présentée à l'hôpital parce que le travail avait commencé spontanément à 37 semaines et deux jours de grossesse. Elle était atteinte de diabète de type 2, pour lequel elle prenait de la métformine, d'hypercholestérolémie et d'hypertension. Le nouveau-né est décédé du traumatisme de la naissance.	Politiques et procédures 1. Les fournisseurs de soins obstétricaux de l'hôpital doivent relire la directive n° 396 de mars 2020 (qui remplace la directive n° 197 de septembre 2007) de <i>Surveillance du bien-être fœtal : Directive clinique de consensus des soins intrapartum</i>. Fournisseurs de soins obstétricaux 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'une double configuration en cas d'utilisation des forceps peut réduire le délai de transition entre un accouchement assisté par voie vaginale et une césarienne. Diagnostic et examens – SFE 3. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que le monitoring de la fréquence cardiaque fœtale doit se poursuivre pendant l'accouchement malgré les interventions comme l'utilisation des forceps.
N-04	Décès néonatal	La mère avait 35 ans (G4 TPAL 0030) et s'est présentée à l'hôpital à 32 semaines de grossesse. Des problèmes entourent la décision de transporter la mère vers un centre de soins tertiaires.	Transfert 1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux l'importance du transport rapide des patientes dont l'accouchement nécessite des installations particulières. Les centres

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
			pouvant prodiguer les soins appropriés offrent les meilleures chances de survie du fœtus. Transfert 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que l'accouchement rapide des nouveau-nés n'ayant pas besoin d'installations particulières est préférable au transfert vers un autre établissement. Le transport d'une femme en période de travail pose des risques en raison de la surveillance et des interventions limitées. Qualité 3. L'hôpital A (celui qui a demandé le transfert) doit effectuer un examen des enseignements tirés de ce cas.
N-05	Décès néonatal	La mère avait 35 ans et avait une dépendance aux opioïdes (G6P2A3). Elle avait récemment été libérée d'un établissement correctionnel. Elle a accouché dans sa communauté après avoir reçu de la méthadone. Le nouveau-né est décédé d'une atteinte hypoxique-ischémique générale.	Aucune
N-06	Décès néonatal	La mère avait 35 ans (G 10 TPAL 4145) et s'est présentée aux autorités sanitaires d'une localité autochtone éloignée à 28 semaines et deux jours de grossesse après être tombée dans les escaliers. Elle a été transportée par voie aérienne vers un centre de soins tertiaires. Elle a accouché en chemin. Le nouveau-né est décédé d'une hémorragie intraventriculaire.	Transfert 1. Il est recommandé qu'on élabore un formulaire normalisé pour le transfert des patients, formulaire comprenant tous les renseignements pertinents, y compris les antécédents obstétricaux, afin d'éclairer la décision quant au transport. Transfert 2. Il faut envisager d'accroître les ressources en matière de transport des mères et des nouveau-nés, et penser à mettre sur pied des équipes dans les régions rurales et éloignées plutôt que de risquer le transport des patients. Transfert 3. Il est recommandé que la SOGC formule des recommandations fondées sur des données probantes afin d'éclairer les décisions relatives au transport des patients, et qu'elle recommande l'utilisation d'un formulaire normalisé.
N-07	Décès néonatal	La mère avait 33 ans (G1P0). Il y a eu des problèmes de communication entre la sage-femme et le personnel obstétrical. Le décès	Fournisseurs de soins obstétricaux 1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que la tachysystolie peut survenir en l'absence d'une stimulation à l'ocytocine. Il

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
		est attribuable à des complications pendant le travail et l'accouchement.	faut également procéder à un accouchement d'urgence en cas de fréquence cardiaque anormale chez le fœtus et de présence de méconium et de sang dans le liquide amniotique. Communications et documentation 2. Lorsqu'une consultation a eu lieu et que des recommandations ont été formulées, le principal médecin responsable doit consigner tous les renseignements et suivre le plan de soins convenu. Le transfert des soins doit être effectué rapidement. Éducation et formation 3. Les fournisseurs de soins obstétricaux à qui il est demandé de désengager la tête du fœtus lors d'une césarienne doivent avoir reçu la formation appropriée afin d'éviter de blesser le bébé. Avant de recourir au désengagement de la tête, il faut envisager d'autres solutions. Politiques et procédures 4. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux les directives actuelles de surveillance de la santé du fœtus (voir la directive n° 396 de la SOGC, <i>Surveillance du bien-être fœtal : Directive clinique de consensus des soins intrapartum</i>, mars 2020.) Transfert 5. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'il faut recourir aux services médicaux d'urgence lors du transport d'une femme en période de travail, surtout s'il y a des complications.
N-08	Décès néonatal	La mère avait 28 ans (G9P5A3L5). Le nouveau-né était prématuré et est décédé à quatre jours d'une hyperbilirubinémie grave.	Fournisseurs de soins obstétricaux 1. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins responsables de l'examen et du suivi des nouveau-nés qu'il faut effectuer un dépistage d'ictère chez tous les nouveau-nés avant leur congé de l'hôpital ou à l'externe, entre 24 h et 72 h de vie (si le congé est accordé avant 24 h). Il importe aussi d'informer les parents sur les comportements normaux et l'alimentation des nouveau-nés.

Cas	Type	Résumé	Recommandations par problématique
S-01	Mortinaissance	La mère avait 31 ans (G6P5). L'accouchement a eu lieu à domicile, avec une sage-femme. Le nouveau-né était mort à la naissance. Le décès est attribuable à une prématurité extrême.	Autre 1. Le coroner régional principal peut recommander une consultation en obstétrique pour les prochaines grossesses en raison de la découverte fortuite de placenta accreta pendant l'examen du placenta.
S-02	Mortinaissance	La mère avait 37 ans (G3 TPAL 0111). Inquiétudes quant au caractère adéquat des soins prénatals. Naissance de jumeaux à risque élevé.	Aucune
S-03	Mortinaissance	La mère était une femme primipare de 24 ans. La grossesse s'est déroulée normalement jusqu'au travail, où les membranes se sont rompues et le liquide amniotique s'est teinté de méconium dès l'admission. La progression du travail était inadéquate, ce qui a justifié une stimulation. Le décès est attribuable à une hémorragie intrapartum.	Diagnostic et examens 1. Lorsqu'une intervention est prévue en raison de danger pour la santé du bébé, il faut surveiller la fréquence cardiaque fœtale jusqu'au dernier moment. Communications et documentation 2. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux que les échographies du deuxième trimestre doivent comprendre une description régulière de l'insertion du cordon. Fournisseurs de soins obstétricaux 3. Il faut rappeler aux fournisseurs de soins obstétricaux qu'en cas de décélérations, il faut mettre un terme à l'administration d'oxytocine.

Pour obtenir les versions caviardées des rapports complets et des réponses aux recommandations, veuillez écrire 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