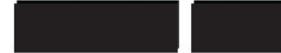


Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2022-01768

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Me Karine Spénard

BUREAU DU CORONER		
2022-04-03 Date de l'avis	2022-01768 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
0 jour Âge	Féminin Sexe	
Saint-Jérôme Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2021-10-20 (présumée) Date du décès		
Domicile		Saint-Jérôme
Lieu du décès		Municipalité du décès

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

La petite ██████████ a été identifiée de façon circonstancielle par sa mère sur les lieux de son décès.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 20 octobre 2021, la mère de ██████████ se rend à la clinique de grossesse à risque élevé (GARE) afin d'y avoir une échographie de croissance, étant enceinte de 33 semaines et quatre jours. Il est aussitôt constaté que le cœur de la petite ██████████ ne bat plus et la tension artérielle de la mère est haute. Elle est redirigée vers le service de la maternité afin d'y subir une induction et le protocole est débuté vers 16 h 30.

Plusieurs doses de médicaments sont administrées à la mère de ██████████ entre 19 h 30 le 20 octobre 2021 et 6 h 30 le 21 octobre 2021 afin de déclencher le travail. Les contractions semblent débuter légèrement vers 7 h 55 le 21 octobre 2021, puis s'intensifient par la suite. Un anti-douleur est ensuite donné à la mère vers 14 h 45, comme elle est souffrante.

Les notes infirmières indiquent ensuite que la mère sonne à 14 h 55 pour annoncer que ██████████ est née.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Une autopsie a été faite le 21 octobre 2021 au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Dans son rapport, le pathologiste constate que ██████████ n'a aucune malformation et note la présence d'un placenta accreta incomplet. Il remarque également la présence d'un infarctus au placenta, soit l'arrêt de la circulation d'une ou plusieurs artères qui peut ralentir considérablement le débit sanguin dans le placenta. Le cordon ombilical était normal. Aucune autre lésion contributive au décès n'a été observée.

Un rapport de cytogénétique a également été fait et l'analyse des marqueurs était compatible avec un bébé normal.

ANALYSE

Aux fins de compréhension de la suite de mon rapport, je crois utile de définir certains des termes qui y sont employés.

Type de placenta	Définition
Praevia	Implantation du placenta sur ou à proximité du col de l'utérus
Vasa praevia	Certains vaisseaux sanguins sont placés en travers ou à proximité du col de l'utérus
Accreta	Attaché de façon anormalement ferme à l'utérus
Increta	Complètement attaché au muscle utérin
Percreta	Attaché et croit à travers la paroi de l'utérus, peut s'étendre à d'autres organes

Une première échographie fœtale a été faite en mai 2021 à 13 semaines et cinq (2) jours de grossesse et a montré une évolution normale. Ce rapport d'imagerie ne fait pas état du placenta.

Une seconde échographie faite le 22 juillet 2021 à la Clinique OVO a pour sa part indiqué un placenta bilobé dont le lobe antérieur touchait l'os interne et le lobe postérieur arrivait à 6 mm de l'os interne. Elle a également révélé que des vaisseaux sanguins passaient à 11 mm à gauche de l'os interne et ne semblaient pas mobilisables, ce qui pointait vers un placenta praevia et probablement vasa praevia. Le médecin ayant réalisé l'examen a par ailleurs mentionné à la mère qu'une vérification devait être faite pour un placenta vasa praevia et un placenta accreta.

Les notes du 26 juillet 2021 du médecin traitant de la mère soulignaient la réception du rapport de cette échographie et qu'un vasa praevia était à exclure.

Une troisième échographie réalisée au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine en août 2021 à 24 semaines et trois (3) jours a confirmé qu'il s'agissait d'un placenta bilobé avec une portion antérieure sur laquelle s'insérait le cordon ombilical et duquel un vaisseau partait pour se diriger vers la deuxième portion du placenta, postérieure et placée devant le col de l'utérus. La portion postérieure du placenta était basse et insérée à huit (8) mm du col. Essentiellement, cette échographie indiquait qu'il semblait s'agir d'un placenta vasa praevia, mais sans insertion comme telle sur le col.

Une discussion a eu lieu le 24 août 2021, soit à 25 semaines et 4 jours de grossesse, sur les risques que présentait un placenta vasa praevia, notamment le décès fœtal même si la mère était hospitalisée. Des conseils ont été donnés à la mère, qui devait se limiter à des activités légères et se reposer.

Une quatrième échographie faite au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine à 28 semaines et cinq (5), soit le 16 septembre 2021, n'indiquait pour sa part pas de placenta vasa praevia vu ce jour. Le placenta était décrit au rapport comme étant bilobé, les lobes se rejoignant en avant, mais loin du col de l'utérus et sa portion postérieure étant marginale à 17 mm de l'endocol.

La mère de [REDACTED] s'est présentée à l'hôpital le 25 septembre 2021 après avoir subi des saignements. À la prise des signes vitaux, il a été constaté qu'elle avait de l'hypertension artérielle. Les saignements ont été attribués au placenta bas et des médicaments ont été donnés à la mère pour contrôler l'hypertension. Elle est restée hospitalisée jusqu'au 27 septembre 2021, puis a eu son congé avec une prescription de n'effectuer que des activités légères, tout en continuant la médication. Il n'y a pas eu d'échographie pendant cette hospitalisation.

Le 5 octobre 2021, une échographie endovaginale a été faite par le médecin traitant de la mère et son rapport indique qu'il n'y avait pas de vaisseau sanguin visualisé à proximité du col de l'utérus, ni de placenta. Il n'y a pas eu d'échographie abdominale.

La dernière note du médecin a été faite en date du 6 octobre 2021 et notait que la tension artérielle de la mère était contrôlée à la maison. En effet, de la médication lui était prescrite. La mère de [REDACTED] devait ensuite avoir un rendez-vous deux semaines plus tard et c'est à ce moment que l'équipe a vu que le petit cœur avait cessé de battre.

Accouchement

Le dossier médical de la mère indique que c'est elle-même qui dû sonner pour annoncer que l'enfant était née, étant seule à ce moment dans une chambre, où elle a été dirigée après l'annonce du décès in utero de la petite [REDACTED]. En sachant qu'une mère doit traverser un accouchement déjà pénible et rendu extrêmement difficile par le décès du bébé, le fait qu'on la laisse accoucher seule et sans accompagnement est questionnable. Bien que le bébé n'est plus à risque dans une telle situation, la mère le demeure au niveau physique, sans parler de sa santé mentale qui est de toute évidence mise à rude épreuve.

Dans le cas de la mère de [REDACTED] des complications se sont effectivement ajoutées. Elle a senti du sang s'écouler vers 15 h 40 et le médecin a tenté des tractions sur le cordon ombilical à partir de 15 h 50 afin de retirer le placenta, et ce, pendant près d'une heure sans succès, la mère n'ayant pas d'anesthésie et étant trop souffrante. La mère a dû subir le même soir une hystérectomie et une salpingectomie bilatérale totale en raison de l'impossibilité de retirer totalement le placenta ainsi que d'une déchirure utérine. En effet, le médecin a noté penser avoir perforé l'utérus à un ou deux endroits en tentant de trouver un plan de clivage afin de retirer le placenta, c'est-à-dire le petit vide qui permettrait de séparer le placenta de l'utérus.

Avant cette chirurgie, la présence d'un placenta percreta a été soupçonnée. Ce type de placenta s'attache et croît à travers l'utérus et peut même s'étendre à d'autres organes comme la vessie. Les notes post-opératoires et la feuille sommaire d'hospitalisation parlaient plutôt de placenta increta, soit un placenta complètement inséré dans le muscle utérin.

Le dossier de la clinique GARE où était suivie la mère de [REDACTED] indiquait initialement « placenta praevia » dans les particularités, mais cette inscription a été rayée et le mot « non » a été écrit à côté. Il est impossible cependant de savoir quand cette modification a eu lieu. En ce qui concerne les autres échographies qui ont été réalisées, la notion de placenta praevia et vasa praevia a été évoquée à plusieurs reprises, mais également écartée. En bref, les échographies ne montrent pas un tableau consistant et le suivi médical approprié a pu être plus difficile à apporter, particulièrement que c'est un placenta accreta qui a ultimement été observé à l'autopsie.

Les infarctus du placenta tels que ce qui a été observé à l'autopsie peuvent parfois nuire au bébé, par exemple lorsque la mère souffre d'hypertension artérielle sévère. Dans de tels cas, il peut y avoir hypoxie et retard de croissance, mais ils ne peuvent être diagnostiqués qu'après l'accouchement. Dans le cas spécifique de [REDACTED] la mère était traitée pour son hypertension, qui était contrôlée selon le médecin, et le bébé était évalué entre le 25^e et le 50^e percentile pour sa croissance, de telle sorte que les infarctus placentaires observés à l'autopsie ne semblent pas être contributifs au décès de [REDACTED]

La présence d'un placenta accreta, tel que ce qui a été constaté à l'autopsie, peut occasionner des risques pour le bébé et la mère. De façon générale, l'accouchement est fait par césarienne quelques semaines avant le terme prévu et l'utérus doit souvent être retiré au même moment, puisque des parties du placenta peuvent y rester lorsqu'il est trop fermement attaché. La mère est donc en danger de subir une infection de l'utérus et des saignements menaçant sa vie.

D'autre part, un placenta accreta est plus susceptible d'être présent dans des cas où le placenta recouvre le col de l'utérus, soit un placenta praevia. D'autres facteurs de risque en augmentent l'occurrence, tels que l'âge avancé de la mère, un accouchement par césarienne antérieur et des antécédents de curetage. Il se diagnostique par l'échographie et il est présent dans environ 1 grossesse sur 2500.

Les femmes qui ont des placenta accreta n'ont souvent aucun symptôme au début de la grossesse, mais commencent à avoir des saignements pendant leur troisième trimestre. C'est ce qui s'est produit pour la mère de [REDACTED]

Le décès de [REDACTED] aurait peut-être pu être prévenu à mon avis, dans la mesure où un suivi médical différent avait été apporté. Dans ce contexte, je recommande au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides de réviser la qualité de la prise en charge médicale apportée à la mère de [REDACTED] pendant sa grossesse.

CONCLUSION

[REDACTED] [REDACTED] est décédée de complications associées à la présence d'un placenta accreta pendant la grossesse.

Il s'agit d'un décès naturel.

RECOMMANDATION

Je recommande au **Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, dont fait partie l'Hôpital de Saint-Jérôme**, de :

[R-1] Procéder à la révision du dossier de la personne décédée et de sa mère, dans le but de s'assurer que les soins qui lui ont été prodigués pendant la grossesse respectaient les plus hauts standards de qualité et, le cas échéant, mettre en place des mesures appropriées pour assurer les meilleurs soins aux patients en pareilles circonstances.

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Montréal, ce 18 novembre 2024.



Me Karine Spénard, coroner