



Prévention de la  
Mortalité Maternelle  
au Canada

## Prévention de la mortalité maternelle : Vue d'ensemble de la trousse d'enquête confidentielle au Canada

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) s'efforce de mettre au point une stratégie pour prévenir la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales au Canada. La mission est de sensibiliser davantage les gens aux problèmes entourant les décès liés à la grossesse et de promouvoir le changement chez les personnes, les systèmes de santé et les collectivités afin de réduire le nombre de décès.

Le taux de mortalité maternelle (TMM) est une mesure critique de la santé d'un pays et un important indicateur de la force et de la qualité de ses soins de santé. 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 observe une augmentation de la mortalité maternelle depuis les années 1990 (de 5,1 à 11,9 pour 100 000 naissances vivantes)(1, 2) . Malgré ces statistiques inquiétantes, le suivi des décès maternels, en particulier le repérage des cas de décès évitable, s'est avéré difficile et inconséquent au Canada.

Au Canada, les sources de données sur la mortalité maternelle sont traditionnellement tirées des données d'hospitalisation et d'inscription des décès, lesquelles ne fournissent en aucun cas le contexte clinique et social nécessaire pour déterminer les points d'intervention pour prévenir les décès maternels (3). De plus, ces sources de données classent incorrectement et sous-évaluent constamment les décès maternels, ce qui entraîne une sous-estimation du TMM au Canada. À cet égard, le Canada se classe loin derrière d'autres pays développés. Pour cette raison, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) applique désormais un coefficient d'ajustement à la hausse de 60 % pour corriger ces données, selon les mesures antérieures de sous-évaluation du taux de mortalité maternelle (4-9). En 2010, l'OMS a exhorté la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) de collaborer avec ses partenaires pour évaluer les programmes de surveillance de la mortalité maternelle au pays. Pendant ce processus d'évaluation, il est devenu évident que, même si plusieurs provinces et territoires au Canada ont mis en place des comités de revue de mortalité maternelle, il n'existe aucun système national pour synthétiser les données et rendre compte de la mortalité maternelle. De même, on observe peu de normalisation entre les provinces et territoires en ce qui concerne les définitions, les données recueillies et le processus de revue de mortalité maternelle, et il n'existe aucune données nationales précises sur la prévalence et les tendances.

Dans le but de combler ces lacunes, la SOGC a coordonné des réunions d'experts nationaux et internationaux et a examiné l'état de la surveillance de la santé maternelle au Canada (10-11). De ce processus a découlé un appel pour la création d'un système d'enquête confidentielle qui vise à déterminer les causes sous-jacentes des décès maternels, en particulier les causes évitables. Après une dizaine d'années, les efforts se sont estompés pour différentes raisons, notamment l'administration décentralisée du système de santé au Canada, le leadership fragmenté et le manque de personnel nécessaire à la collecte et à l'anonymisation des données pour protéger la vie privée des patientes. L'enjeu est récemment revenu à l'avant-scène, ce qui a relancé les efforts coordonnés pour établir un processus, basé sur le système du Royaume-Uni, qui produira des résultats significatifs pour les femmes enceintes, leurs fournisseurs de soins et le système de santé (12). Ce processus améliorera les statistiques sur la mortalité maternelle au Canada. Plus important encore, il permettra d'obtenir l'information pratique et systémique nécessaire pour comprendre comment les décès pourraient être évités à



Prévention de la  
Mortalité Maternelle  
au Canada

l'avenir, renseigner les réseaux provinciaux, territoriaux et nationaux sur l'amélioration en matière de mortalité et de morbidité grave maternelles et cerner les tendances et les nouveaux enjeux.

La Confidential Enquiry into Maternal Death (CEMD) du Royaume-Uni est un programme de surveillance imposé par la loi. Elle recueille des renseignements auprès de sages-femmes, d'obstétriciens, de coroners et de membres du public pour chaque décès maternel. Peu après son lancement en 2012, la CEMD a recensé le double du nombre de décès maternels par rapport au nombre déclaré dans les rapports s'appuyant sur les actes de l'état civil (12). La CEMD a aussi révélé qu'une importante proportion de décès maternels découlaient de soins sous-optimaux, ce qui a mené à des changements systémiques pour prévenir ces situations (12).

Il n'est pas facile de détecter les femmes à risque élevé de mortalité maternelle ou de morbidité maternelle grave. On observe d'importants changements démographiques dans la population canadienne en âge de procréer par lesquels s'opèrent divers facteurs (âge maternel avancé; prévalence de comorbidités médicales importantes [p. ex., taux accru d'obésité, diabète, santé mentale et consommation de substances psychoactives]; croissance de la population de réfugiées et d'immigrantes présentant tout un éventail de risques et prédispositions) qui contribuent à un nouvel ensemble de causes de mortalité maternelle. Malheureusement, le système actuel n'a pas été conçu pour évaluer ces causes et n'a pas non plus les outils nécessaires pour les analyser. Les nouvelles connaissances font aussi ressortir l'importance cruciale de comprendre les causes des décès maternels ainsi que les circonstances et facteurs complexes qui les entourent. De récentes données américaines révèlent que plus de 60 % des décès maternels liés à la grossesse sont évitables (13). Il y a fort à parier que ce soit aussi le cas au Canada, mais nous n'avons pas les données nécessaires pour le confirmer. Par conséquent, il est impossible de mettre en place les interventions requises pour sauver des vies.

La mortalité maternelle n'est que la pointe de l'iceberg en ce qui concerne la santé maternelle, car pour chaque décès maternel lié à la grossesse, on estime que 75 à 100 femmes de plus manifestent des complications sévères. Des données probantes américaines indiquent qu'il y a un lien direct entre la probabilité qu'une femme meure pendant l'accouchement ou dans les 42 jours suivants la fin de la grossesse et le nombre de facteurs de risque ou de morbidités présentes. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, un certain nombre d'études exhaustives montrent que la consommation de substances psychoactives et la santé mentale contribuent significativement aux décès maternels (14-19). Toutefois, il est seulement possible d'en saisir la portée en captant l'information qui ne figure pas toujours dans les dossiers médicaux et qui peut s'étendre au-delà des 42 jours post-partum. Plus précisément, au Royaume-Uni, entre 2013 et 2015, les deux tiers des femmes décédées dans l'année suivant une grossesse avaient un problème de santé physique ou mentale préexistant (14). Les données de revue de mortalité maternelle au Massachusetts indiquent que les décès attribuables à la consommation de substances psychoactives sont passés de 8,7 % en 2005 à 41,4 % en 2014 et que 90,2 % des décès maternels survenus entre 42 et 365 jours post-partum étaient liés à la consommation de substances psychoactives (20).



Prévention de la  
Mortalité Maternelle  
au Canada

Les données du Royaume-Uni et des États-Unis montrent également que les causes de décès lié à la grossesse changent selon la durée depuis l'accouchement. Les sources de données soulignent d'ailleurs l'importance cruciale de reconnaître et examiner tous les décès survenus entre 42 jours et un an post-partum afin de réellement comprendre les facteurs contributifs et les circonstances du décès (13-14). Actuellement, l'Alberta est la seule province qui définit la mortalité maternelle de façon à englober les décès jusqu'à un an après l'accouchement.

Au Canada, les provinces et territoires ont un rôle déterminant à jouer dans l'élaboration et la mise en place de ce système, tout comme les coroners et les médecins légistes, les actes de l'état civil et les comités de revue de mortalité maternelle. Depuis 2016, la SOGC collabore avec les dirigeants fédéraux et provinciaux et des experts cliniques de diverses disciplines afin d'établir les bases du processus, de rédiger des définitions normalisées et de créer un ensemble de données minimum sur les indicateurs pouvant permettre de brosser un portrait global de la mortalité maternelle au Canada. De plus, pendant les deux dernières années, les dirigeants des programmes de soins périnataux de quatre provinces (C.-B., Alb., Ont. et N.-É.) ont participé à un projet pilote pour élaborer une trousse qui comprend des politiques et procédures ainsi que du contenu normalisé (champs pour la collecte de renseignements et de données, pratiques exemplaires en revue de mortalité maternelle, modèles de rapport, outils, ressources et matériel de transmission des connaissances) qui cadrent avec un système d'enquête confidentielle dans le but ultime de capter et d'examiner tous les décès maternels, de déterminer les facteurs contributifs et de définir les possibilités de prévention. L'objectif ultime est d'éliminer tous les décès évitables au Canada.

La trousse est constituée de ressources assez normalisées pour proposer des modèles pertinents pour le processus de revue de mortalité maternelle, mais assez souples pour que chaque comité ou autorité responsable puisse l'adapter à son contexte. Grâce à cette trousse et aux conseils d'un groupe d'experts motivés et prêts à les orienter, les non-initiés au processus de revue de mortalité maternelle auront le contenu, les outils et les ressources nécessaires pour leur permettre d'enclencher un tel processus sans trop de difficultés. La trousse, qui contient des éléments du programme américain MMRIA (1) et du programme EMBRRACE (2), au Royaume-Uni, comprend aussi les directives techniques de Surveillance des décès maternels et riposte de l'OMS, une excellente ressource pour tous ceux et celles qui participent à une revue de mortalité maternelle (3).

Il est essentiel de détecter chaque décès maternel pour améliorer les programmes de surveillance canadiens : les décès qui ne sont pas catégorisés comme « maternels » ne peuvent pas être captés par les systèmes de surveillance existants, tant au fédéral que dans les provinces et territoires. L'ajout de l'enquête confidentielle dans le processus de revue des décès maternels permettra de brosser un portrait global de sorte que l'on puisse établir la prévalence exacte, déterminer les tendances, cerner les priorités pour les recommandations et rendre compte de l'efficacité des interventions. Le repérage des facteurs pouvant contribuer à la prévention permettra de sauver des femmes enceintes ou en post-partum, mais aussi de limiter les morbidités maternelles et d'améliorer les issues périnatales.

1 <https://reviewtoaction.org/tools/mmria>

2 <https://www.npeu.ox.ac.uk/mbrance-uk>

3 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506083>

## Références

- 1 Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, et coll. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 13 sept. 2014;384(9947):980-1004. Erratum dans : *Lancet*. 13 sept. 2014;384(9947):956.
- 2 Agence de la santé publique du Canada, Indicateurs de la santé périnatale au Canada en 2017 : Un rapport du système canadien de surveillance périnatale. [En ligne]. Consulté le 26 novembre 2021. Disponible : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2020/aspc-phac/HP7-1-2017-1-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/aspc-phac/HP7-1-2017-1-fra.pdf).
- 3 Lisonkova S, Bartholomew S, Rouleau J, Liu S, Liston RM, Joseph KS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Temporal trends in maternal mortality in Canada I: estimates based on vital statistics data. *J Obstet Gynaecol Can*. Oct. 2011;33(10):1011-1019.
- 4 Turner LA, Cyr M, Kinch RA, Liston R, Kramer MS, Fair M, Heaman M; Maternal Mortality and Morbidity Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Under-reporting of maternal mortality in Canada: a question of definition. *Chronic Dis Can*. 2002;23(1):22-30.
- 5 Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *Int J Epidemiol*. Sept. 1991;20(3):717-21.
- 6 Karimian-Teherani D, Haidinger G, Waldhoer T, Beck A, Vutuc C. Under-reporting of direct and indirect obstetrical deaths in Austria, 1980-98. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Avril 2002;81(4):323-7.
- 7 Gissler M, Deneux-Tharoux C, Alexander S, Berg CJ, Bouvier-Colle MH, Harper M, Nannini A, Bréart G, Buekens P. Pregnancy-related deaths in four regions of Europe and the United States in 1999-2000: characterisation of unreported deaths. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Août 2007;133(2):179-85.
- 8 Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, Van Dongen P, Van Geijn H, Gravenhorst JB. Underreporting of maternal mortality in the Netherlands. *Obstet Gynecol*. Juillet 1997;90(1):78-82.
- 9 Tharoux C, Berg C, Bouvier-Colle MH, Gissler M, Harper M, Nannini A, Alexander S, Wildman K, Breart G, Buekens P. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol*. Oct. 2005;106(4):684-92. Erratum dans : *Obstet Gynecol*. Janv. 2006;107(1):209.
- 10 Allen VM, Campbell M, Carson G, Fraser W, Liston RM, Walker M, Barrett J. Maternal mortality and severe maternal morbidity surveillance in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32(12): 1140-46.
- 11 Cook JL, Majd M, Blake J, Barrett J, Bouvet S, Janssen P, Knight M, Lisonkova S, Scott H, Tough S, and Wong T. Measuring maternal mortality and morbidity in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017; 39(11): 1028-37.
- 12 Knight M, Tuffnell D, Kenyon S, Shakespeare J, Gray R, Kurinczuk JJ. Saving Lives, Improving Mothers' Care: Surveillance of maternal deaths in the UK 2011-13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland. Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13. National Perinatal Epidemiology Unit. Oxford, 2017.
- 13 Maternal Mortality Review Information App. Building U.S. Capacity to Review and Prevent Maternal Deaths. Report from nine maternal mortality review committees: a view into their critical role. [En ligne]. 2018. Consulté le 25 nov. 2021. Disponible : <https://www.cdcfoundation.org/sites/default/files/upload/pdf/MMRIARepor.pdf>.
- 14 Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Programme. MBRRACE-UK Saving Lives, Improving Mothers' Care : Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19. Marian Knight, Kathryn Bunch, Derek Tuffnell, Roshni Patel, Judy Shakespeare, Rohit Kotnis, Sara Kenyon, Jennifer J Kurinczuk (dir.) [En ligne]. 2021. Disponible : [https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK\\_Maternal\\_Report\\_2021\\_-\\_FINAL\\_-\\_WEB\\_VERSION.pdf](https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf)
- 15 Nair M, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. *BJOG*. Avril 2015;122(5):653-62.
- 16 Nair M, Knight M, Kurinczuk JJ. Risk factors and newborn outcomes associated with maternal deaths in the UK from 2009 to 2013: a national case-control study. *BJOG*. Sept. 2016;123(10):1654-62.
- 17 Hwang SS, Diop H, Liu CL, Yu Q, Babakhanlou-Chase H, Cui X, Kotelchuck M. Maternal Substance Use Disorders and Infant Outcomes in the First Year of Life among Massachusetts Singletons, 2003-2010. *J Pediatr*. Déc. 2017;191:69-75.
- 18 Metz TD, Rovner P, Hoffman MC, Allshouse AA, Beckwith KM, Binswanger IA. Maternal deaths from suicide and overdose in Colorado, 2004-2012. *Obstet Gynecol*. Déc. 2016;128(6):1233-1240.
- 19 Schiff DM, Nielsen T, Terplan M, Hood M, Bernson D, Diop H, Bharel M, Wilens TE, LaRochelle M, Walley AY, Land T. Fatal and Nonfatal Overdose Among Pregnant and Postpartum Women in Massachusetts. *Obstet Gynecol*. Août 2018;132(2):466-474.
- 20 Massachusetts Department of Public Health. Maternal Mortality and Morbidity Review in Massachusetts A Bulletin for Health Care Professionals: Substance Use among Pregnancy-Associated Deaths — Massachusetts, 2005–2014. [En ligne]. Disponible : <https://www.mass.gov/doc/substance-use-among-pregnancy-associated-deaths-massachusetts-2005-2014/download>