

Rapport CETS 99-3 RF**LES MORTINAISSANCES DANS LE CADRE DES PROJETS-PILOTES DE LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES AU QUÉBEC****Montréal: CÉTS, 1999. xiv-62 p.****(ISBN 2-550-34753-6).****RÉSUMÉ****Introduction**

Le Gouvernement du Québec a pris la décision de légaliser et d'intégrer la pratique des sages-femmes au sein du système de santé. Les résultats et les recommandations du *Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS)* présentés dans ce document visent à procurer des informations utiles à tous les acteurs engagés dans un processus d'intégration qui favorisera la sécurité et l'efficacité des soins aux mères et à leurs nouveau-nés au Québec.

En juin 1990, le Gouvernement du Québec adoptait la « *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* » (Loi 4), afin d'autoriser la pratique des sages-femmes, à titre expérimental jusqu'en septembre 1998, et de créer un Conseil d'évaluation des projets-pilotes. Huit des 20 projets-pilotes déposés ont été acceptés et un processus d'évaluation a été mis en place parallèlement à leur implantation. Suite à la publication du rapport d'évaluation et aux recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes, le gouvernement québécois a décidé de légaliser la pratique des sages-femmes au Québec dès septembre 1999 et de mettre en place un programme universitaire de formation des sages-femmes.

L'évaluation des projets-pilotes a soulevé des questions concernant notamment la réanimation des nouveau-nés et les mortinaissances dans le cadre de la pratique des sages-femmes. En mai 1998, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié au *CETS*, le mandat d'analyser la situation quant à la question des mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. Un comité d'experts a par la suite été constitué à cette fin. Ce rapport poursuit un but formatif et ses recommandations soulignent des aspects à considérer afin de faciliter l'intégration de la pratique des sages-femmes au système de périnatalité et d'améliorer la qualité des services offerts.

Le mandat

Le mandat reçu inclut deux volets qui sont :

- 1) procéder à une méta-analyse de la littérature scientifique afin de « tracer un portrait de ce qui est habituellement attendu dans une pratique de sages-femmes » et
- 2) réaliser « une analyse de nature épidémiologique de chacun des cas de mortinaissance incluant ceux identifiés pendant l'évaluation et après, jusqu'à l'entrée en fonction du groupe d'experts. Cette analyse devrait être faite par un groupe d'experts indépendants, non partie prenante à la pratique des sages-femmes dans les maisons de naissance ou les centres de maternité recommandés par la « *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes* » ou ayant quelque lien avec un ordre professionnel reconnu. Cette étude devrait éliminer les cas de malformations multiples qui sont habituellement considérés comme non évitables et faire le lien, s'il y a lieu, avec la pratique des sages-femmes et les caractéristiques de la clientèle ».

Résumé

Il est de plus précisé que « des liens analytique devront être faits entre la méta-analyse et les résultats de l'analyse des cas de mortinaissance ».

Sélection des membres du comité ad hoc sur l'analyse des cas de mortinaissance dans la pratique des sages-femmes au Québec

Compte tenu du mandat reçu, le *CETS* a mis sur pied un Comité d'experts. Celui-ci est composé de professionnels choisis en fonction de leur spécialité et de leur expertise professionnelle, tant au niveau de la recherche que de la pratique clinique, reconnus dans leur milieu et qui ont accepté de participer à ce comité. Il est formé de huit membres dont deux médecins obstétriciens-gynécologues; deux sages-femmes, deux médecins omnipraticiens, un médecin spécialiste en néonatalogie et un médecin pédiatre et épidémiologue, qui préside le Comité. Cinq membres du Comité ont été choisis à l'extérieur du Québec, soit les deux médecins obstétriciens-gynécologues, les deux sages-femmes et un des médecins omnipraticiens. L'appel à des professionnels québécois et hors Québec afin de constituer le Comité d'experts répond aux exigences du mandat concernant la formation d'un groupe d'experts.

Revue de la littérature**Méthodes**

Afin de répondre à la première partie du mandat, on a repéré les articles publiés sur le sujet depuis 1966 au moyen de recherches informatisées dans quelques banques de données documentaires et en consultant des listes de références des rapports et des articles publiés. Les articles ont été regroupés en deux catégories : 1) essais comparatifs randomisés, et 2) autres études incluant les études comparatives observationnelles et les études descriptives. Les essais comparatifs randomisés ont fait l'objet d'une révision par deux membres du Comité afin de vérifier s'ils remplissaient les critères d'inclusion préétablis pour la méta-analyse. Les résultats des études retenues ont été combinés à l'aide des techniques de méta-analyse, en choisissant comme mesure d'effet le risque relatif (RR) avec un intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Essais comparatifs randomisés : résultats

Les données disponibles ne permettent pas de confirmer ni d'infirmer un lien entre la mortinaissance¹ et les soins périnataux principalement dirigés par des sages-femmes comparativement à une pratique où les soins sont dirigés principalement par des médecins (RR=1,54; IC 95 % 0,77 - 3,06). Quant à la mortalité périnatale², la méta-analyse des six études montre une tendance vers une augmentation du risque dans le groupe suivi principalement par des sages-femmes, à la limite de la signification statistique (RR=1,63; IC 95 % 0,99 - 2,69). Toutefois, cette augmentation n'est plus évidente lorsque la méta-analyse retient exclusivement les clientes à faible risque (RR=1,11 ; IC 95 % 0,15 - 1,35).

Dans l'interprétation des résultats de ces études, il faut considérer certaines de leurs limites comme les différences dans la définition de la mortinaissance et l'impossibilité de distinguer le moment de la mortinaissance, soit en antepartum ou en intrapartum. Finalement, bien que la revue de la littérature

¹ Au Québec, la mortinaissance est définie comme étant la naissance d'un enfant mort-né, c'est-à-dire un fœtus pesant 500 grammes et plus qui, après l'expulsion complète, ne présente aucun signe de vie. La littérature fait référence à la semaine de gestation dans la définition de la mortinaissance, soit la naissance d'un mort-né à partir de la 20^{ème} à la 24^{ème} semaine de grossesse.

² La mortalité périnatale inclut la mortinaissance et le décès néonatal précoce, dans les premiers sept jours de vie.

Résumé

recense des études internationales pertinentes portant sur la pratique des sages-femmes dans des centres de naissance, aucune des études révisées n'a impliqué des sages-femmes pratiquant dans un contexte comparable à celui dans lequel les maisons de naissance ont été introduites au Québec.

Parmi les autres résultats obtenus, la méta-analyse de deux études montre un recours moindre à la réanimation du nouveau-né chez la clientèle suivie principalement par des sages-femmes. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne le score d'Apgar. Quant à l'admission des nouveau-nés en soins intensifs néonataux, les résultats des études n'ont pas été combinés en raison de leur hétérogénéité.

Autres études comparatives et descriptives : résultats

Les études comparatives observationnelles examinées sont des études de cohorte réalisées soit sur des populations entières avec l'impossibilité d'évaluer le niveau de risque de la clientèle et d'identifier les cas de transfert, soit sur des groupes dans lesquels les femmes ont choisi d'être suivies par des sages-femmes ou des médecins. Les résultats de ces études ne montrent pas de différence significative entre le groupe de femmes suivies par des sages-femmes comparativement au groupe suivi par des médecins. Les études descriptives de la pratique des sages-femmes décrivent des programmes bien organisés, avec des protocoles bien établis de consultation avec des spécialistes et de transfert en cas de complications. Elles concluent en la qualité des soins offerts par ces professionnelles.

La mortinaissance au Québec

La mortinaissance est définie au Québec comme la naissance d'un mort-né, c'est-à-dire d'un fœtus pesant 500 grammes et plus qui, après expulsion complète, ne présente aucun signe de vie. Le taux provincial de mortinaissance était de 4,2 pour 1 000 naissances en 1995 et de 3,9 pour 1 000 naissances en 1996, en incluant les mortinaissances dues à des malformations congénitales incompatibles avec la vie ainsi que les grossesses à risque élevé.

La mortinaissance dans le cadre des projets-pilotes

Le Comité a analysé les 19 cas de mortinaissance qui ont eu lieu parmi les grossesses suivies par des sages-femmes dans les maisons de naissance au Québec, depuis leur ouverture jusqu'au 30 août 1998, date de la mise sur pied du Comité d'experts. Pendant la même période, il y a eu 3 379 naissances en maison de naissance pour un taux de mortinaissance de 5,6 pour 1 000 (19/3 379). Ce taux n'est pas statistiquement différent du taux provincial en 1995 et 1996 après standardisation selon l'âge maternel (ICM³ = 1,37; IC 95 % 0,75 - 1,99).

Le Comité a considéré que 11 cas de mortinaissances étaient inévitables. Les soins ont été jugés inappropriés dans 10 dossiers, soit pendant la période antepartum ou intrapartum, parmi lesquels la mortinaissance a été considérée possiblement évitable dans 3 cas et normalement évitable dans 5 cas. Dans 2 cas, les soins inappropriés étaient sans rapport avec le décès. La notion de soins appropriés ou inappropriés s'applique à l'ensemble du suivi de grossesse impliquant plusieurs types de professionnels incluant les sages-femmes et les médecins.

L'étude approfondie des dossiers démontre que les soins inappropriés semblent être associés aux facteurs suivants : difficulté à reconnaître un problème et à offrir le suivi adéquat lorsque le problème est

³ L'indice comparatif de mortalité (ICM) exprime le rapport du nombre de cas observés au nombre de cas attendus ou calculés.

Résumé

diagnostiqué, difficulté de communication entre les professionnels, délais rencontrés face aux situations urgentes, définition ambiguë des responsabilités professionnelles dans les cas de transfert de soins et de suivi conjoint, et le manque de documentation de l'information transmise à la femme enceinte sur les interventions recommandées dans le processus de soins.

Conclusion

La littérature scientifique disponible n'est pas concluante sur l'association entre la mortinaissance et la pratique des sages-femmes. Il est maintenant établi que la pratique des sages-femmes va se poursuivre au Québec au-delà de l'expérimentation des projets-pilotes, puisque la Loi sur les sages-femmes a été sanctionnée le 19 juin 1999 et entrera complètement en vigueur le 24 septembre 1999. Le Comité d'experts s'est donc longuement interrogé sur les diverses causes sous-jacentes aux soins inappropriés. Les informations recueillies suggèrent des pistes intéressantes à considérer dans le processus d'intégration de la sage-femme au système de périnatalité.

Sur la base de l'analyse et des travaux du Comité d'experts qu'il a mis sur pied, le *CETS* fait les recommandations suivantes :

Recommandations

1. Approche globale des soins en périnatalité

La revue de plusieurs dossiers met en évidence que les sages-femmes ont démontré une approche globale des soins pour répondre aux besoins individuels des femmes et de leurs familles et il apparaît que l'accompagnement prodigué par les sages-femmes est de qualité.

- *Dans ce contexte, et compte tenu que les professionnels des soins en périnatalité reconnaissent les bénéfices d'une approche globale dans les soins aux femmes, le CETS estime que cette approche doit être soutenue.*

2. Documentation du choix éclairé

Notre revue des cas indique que le principe du choix éclairé constitue un élément important de la pratique des sages-femmes qui répond aux attentes d'un nombre grandissant de femmes. Dans certains des cas examinés, il aurait été plus approprié de formuler des recommandations claires quant au besoin d'un suivi médical plutôt que de seulement partager des observations et informations de façon non directive. Bien que le refus de tests diagnostiques et de traitements par la femme soit bien documenté dans les cas analysés, les notes aux dossiers ne sont pas suffisamment détaillées ou explicites au sujet des conséquences médicales possibles pour la mère ou l'enfant dû au fait de ne pas suivre les recommandations.

- *Le CETS estime qu'il est essentiel pour la sage-femme de communiquer clairement à la femme enceinte ses recommandations quant aux tests diagnostiques et traitements requis, y compris le recours à une consultation médicale, et de bien documenter dans le dossier le refus de la femme enceinte d'y recourir et les implications qui ont été discutées.*

3. Formation

Résumé

La reconnaissance des situations problématiques tout au long du suivi de la femme enceinte et des moyens appropriés d'y faire face constitue un élément crucial d'une pratique sécuritaire des sages-femmes. De plus, elles seront appelées à travailler en équipe avec d'autres professionnels dans leur pratique courante. Il est donc important que la formation des sages-femmes les prépare adéquatement à ces situations.

Le CETS estime que :

- les programmes de formation des sages-femmes devraient s'assurer que les étudiantes sont suffisamment préparées non seulement à donner des soins pour les cas sans complication, mais aussi à reconnaître des situations problématiques pendant la grossesse, le travail, la naissance et en période post-partum et alors à offrir les tests diagnostiques et les traitements adéquats et à référer, s'il y a lieu, aux soins du médecin;
- les programmes de formation devraient offrir aux étudiantes plusieurs opportunités d'apprendre à travailler en équipe avec d'autres professionnels de la santé dans la dispensation des soins aux femmes et à leurs bébés. À cet égard, le programme universitaire de formation devrait établir des liens avec des médecins, des hôpitaux et des cliniques, pour qu'ils soient impliqués dans la formation clinique des sages-femmes.

4. Normes de pratique

Certains cas de mortinaissance analysés ont mis en évidence une difficulté à reconnaître la gravité d'un problème et à assurer un suivi adéquat pendant la période prénatale ou lors du travail. Par ailleurs, pour certaines femmes parmi les cas analysés, la grossesse n'était pas à faible risque, mais présentait un degré de risque maternel modéré ou élevé. Ces observations amènent le CETS à proposer plusieurs éléments devant contribuer à l'amélioration continue de la pratique des sages-femmes.

- Le retard de croissance intra-utérin devrait être inclus dans la liste des critères de risque obstétrical du Règlement sur les risques obstétricaux et néonataux.
- Les programmes de formation continue des sages-femmes devraient notamment aborder, dans leur volet d'identification des pathologies, le retard de croissance intra-utérin, les anomalies du rythme cardiaque fœtal et la diminution des mouvements fœtaux.
- Des normes devraient être établies pour s'assurer que les dossiers tenus par les sages-femmes renferment des informations claires et détaillées sur la prescription des examens, les demandes de consultation et les résultats obtenus tant pour les examens que pour les consultations.
- Le partage des responsabilités entre sages-femmes et médecins devrait être clairement défini lors d'un suivi conjoint. L'intervenant principal responsable des soins devrait être clairement identifié dans le dossier de la femme enceinte pour chacune des interventions. Lorsqu'il devient nécessaire de faire suivre la femme enceinte par un autre professionnel, la sage-femme devrait s'assurer de documenter toutes les informations entourant ce transfert de responsabilités.
- S'il y a mortinaissance, la sage-femme devrait s'assurer que les parents soient bien informés des avantages de procéder à une autopsie complète. S'il y a refus des parents, elle devrait s'assurer qu'un examen macroscopique soit effectué et que ses résultats comprenant une description sommaire du fœtus et son poids soient bien inscrits au dossier, de façon à ce que ces informations puissent aider à comprendre les causes du décès.

Résumé

- *L'Ordre professionnel des sages-femmes devrait s'assurer que soit mis en place un système de surveillance de la mortalité et de la morbidité périnatale. Les données qui seraient compilées pourront servir dans le développement de guides de pratique clinique et dans le cadre d'audit de la pratique.*

5. Collaborations et responsabilités professionnelles

L'intégration de la pratique des sages-femmes dans le système de santé implique des changements importants dans le système de soins de périnatalité. Le cadre expérimental de pratique de la sage-femme dans les projets-pilotes, les caractéristiques de leur implantation, leur origine et leur opérationnalisation ont eu des répercussions sur la nature des collaborations que les maisons de naissance ont pu ou n'ont pu développer. La collaboration entre les professionnels et les établissements dépend aussi en grande partie de la perception qu'ont les différents acteurs professionnels du rôle des sages-femmes et de la reconfiguration des frontières professionnelles qu'entraîne ce nouvel intervenant.

Le CETS estime que :

- *l'isolement qui caractérise actuellement la pratique des sages-femmes n'est pas favorable à son intégration dans les équipes de périnatalité et qu'il est donc nécessaire, pour assurer des soins optimaux aux mères et aux bébés, que les sages-femmes et les médecins travaillent ensemble au sein d'une même équipe. Il est de la responsabilité des sages-femmes, des médecins, des établissements de santé et du gouvernement de contribuer conjointement au succès de cet objectif. Un modèle positif d'intégration plutôt que d'isolement constitue un élément clé pour développer au mieux cette nouvelle approche dans les soins primaires. Ce modèle devrait être introduit dans tous les milieux de formation des sages-femmes ainsi que dans leur pratique clinique.*
- *La collaboration efficace entre les différents professionnels impliqués dans le suivi d'une femme enceinte dépend de l'existence de protocoles connus par chacun d'eux et qui définissent clairement les responsabilités de pratique, les mécanismes de consultation et de transfert des soins, les facteurs de risque qui requièrent ce transfert tout au long du suivi ainsi que les modalités d'accès immédiat à des ressources spécialisées au niveau médical et hospitalier. L'élaboration et l'application de ces protocoles impliquent que l'ensemble des professionnels des milieux de l'obstétrique et des soins aux nouveau-nés ainsi que les sages-femmes connaissent bien le champ de pratique de la sage-femme et reconnaissent leurs compétences respectives.*
- *Le succès de l'intégration des sages-femmes au sein du système de périnatalité québécois dépend des efforts concrets que feront les sages-femmes et les médecins pour établir une collaboration professionnelle qui soit vraiment continue et non uniquement ponctuelle pour les cas problématiques. Des communications efficaces et des relations harmonieuses entre les intervenants aideront à promouvoir la continuité des services et, le plus important, l'amélioration de la qualité des soins dispensés par les sages-femmes au Québec afin d'assurer la santé et le bien-être de la mère autant que du bébé.*