

RÉSUMÉ

Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque

Septembre 2012

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Résumé de l'avis rédigé par

Michel Rossignol, Faiza Boughrassa et

Jean-Marie Moutquin

RÉSUMÉ

Le mandat

Au Québec, le recours aux interventions obstétricales est fréquent. Par exemple, pour l'année 2009-2010, toutes grossesses confondues, le taux global de césarienne est de l'ordre de 23 % des accouchements, le taux de déclenchement pharmacologique de 30 %, d'analgésie péridurale de 69 %, et de surveillance fœtale électronique en continu de 65 % (données MED-ÉCHO et de l'Agence de la santé publique du Canada, 2009). La Politique de périnatalité 2008-2018 du Québec, ainsi que son document de mise en œuvre pour les années 2008-2012, mettent la priorité sur la promotion de l'accouchement physiologique et la réduction des interventions obstétricales. Ces orientations sont à la source du mandat confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Deux questions sont posées à l'INESSS. Quelles sont les mesures qui pourraient être prises, au Québec, pour diminuer le recours aux interventions obstétricales suivantes : l'analgésie péridurale, la surveillance fœtale électronique en continu, le déclenchement et l'accélération du travail, et la césarienne. Quels sont les facteurs qui influencent le recours ou non à ces interventions? Le premier objectif de l'étude est de répertorier, d'évaluer et de synthétiser les preuves scientifiques qui soutiennent la notion d'intervention évitable, définie comme une intervention qui peut être remplacée par une alternative moins invasive, incluant l'absence d'intervention, et qui donne un résultat comparable en termes de qualité des soins et de santé maternelle et périnatale. Le deuxième objectif est de soumettre ces preuves à l'examen de praticiens en obstétrique afin de dégager des mesures et des pistes d'action dans le but de réduire le nombre des interventions obstétricales évitables au Québec.

La méthode

La recherche documentaire a porté sur les revues systématiques et les méta-analyses concernant les cinq interventions visées en ne retenant que les données sur les grossesses à terme (> 37 semaines) et à faible risque obstétrical. Sur les quelque 4 000 titres et résumés repérés dans les bases de données, 306 ont été retenus pour leur pertinence, 99 ont été l'objet d'une analyse détaillée de la qualité par deux évaluateurs et 49 ont finalement été retenus pour extraction de données. Des méta-analyses ont ensuite été réalisées à partir d'essais cliniques randomisés sur l'analgésie péridurale parce qu'aucune n'avait été recensée qui comparait les approches pharmacologiques et non pharmacologiques. Les statistiques sur la prévalence des interventions obstétricales au Québec proviennent de la base de données MED-ÉCHO.

L'interprétation des données et les mesures qui en découlent ont été soutenues par un comité scientifique composé de deux obstétriciens-gynécologues, deux médecins omnipraticiens, deux infirmières, une sage-femme, un chercheur et une représentante de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Les mesures ont ensuite été présentées en atelier à des représentants de vingt-six organismes impliqués en obstétrique. Les mesures ont été classées en trois catégories selon la force des preuves scientifiques et du consensus des personnes consultées.

Les résultats

L'analgésie péridurale et les méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur

La question de la réduction du recours à l'analgésie péridurale pour les accouchements vaginaux à faible risque ne se pose pas comme pour les autres interventions obstétricales. Les données scientifiques nous invitent à un changement de paradigme. En effet, il ne s'agit pas ici d'identifier les situations où l'intervention est « évitable », mais plutôt de souligner la complémentarité de ces méthodes de gestion de la douleur et de considérer l'analgésie péridurale comme un complément à un ensemble de mesures incluant l'accompagnement, les approches non pharmacologiques de contrôle de la douleur et des environnements favorables.

La surveillance foetale électronique

Toutes les données concordent sur le fait que la surveillance foetale électronique pour les grossesses à faible risque ne confère aucun avantage pour la santé maternelle et périnatale. Au contraire, elle augmente les taux de césarienne, d'extractions instrumentales, de recours à l'analgésie péridurale et diminue les accouchements vaginaux spontanés, en comparaison avec l'auscultation intermittente, l'alternative recommandée.

Le déclenchement et l'accélération du travail

Pour des grossesses à terme et à faible risque, le déclenchement du travail a été étudié le plus souvent dans des contextes hétérogènes, membranes intactes ou rompues, col favorable ou non et une grande variété de méthodes utilisées seules ou en combinaison. En comparaison avec l'absence d'intervention dans l'attente du déclenchement spontané du travail ou un placebo, le déclenchement par les méthodes pharmacologiques a des conséquences qui dépendent de l'agent pharmacologique utilisé. Il peut être associé à un recours aux interventions obstétricales, avec une augmentation de la césarienne et de l'analgésie péridurale comme c'est le cas pour la prostaglandine E2 et l'ocytocine par voie vaginale, et une augmentation des accouchements instrumentalisés comme dans le cas du mifépristone par voie orale. Par ailleurs, la prostaglandine ou le misoprostol à fortes doses, administrés par voie orale, réduisent les taux de césarienne.

L'accélération du travail ne semble pas conférer d'avantage pour la santé maternelle et néonatale et a peu d'effets, positifs ou négatifs, sur le recours aux interventions obstétricales, en comparaison avec le suivi du rythme naturel du travail.

Dans ces interventions, déclenchement et accélération du travail, l'hétérogénéité des résultats tient à la non-standardisation des interventions elles-mêmes qui associent souvent plusieurs types de méthodes, et à des amalgames de populations qui rendent les résultats souvent ininterprétables.

La césarienne

Les études sur les risques et les avantages de la césarienne sont en général de qualité moyenne à faible et les revues systématiques amalgament souvent des données qui proviennent de méthodologies incompatibles entre elles. Par exemple, la réduction des taux de mortalité néonatale et de rupture utérine rapportée dans certaines études associées à la césarienne pour des grossesses uniques avec antécédent de césarienne n'est pas transposable à la population québécoise qui jouit des taux les plus faibles dans le monde. Les césariennes s'accompagnent en outre de complications de type hémorragie, fièvre et infections qui peuvent induire une prolongation de la durée de séjour à l'hôpital et une réduction du succès de l'allaitement maternel.

Pour ce qui est des méthodes qui ont montré une efficacité à réduire le recours à la césarienne, on retient celles des audits sur les pratiques obstétricales. Les interventions sont d'une reproductibilité difficile à évaluer, mais la cohérence est forte entre les résultats obtenus dans différents milieux. La réduction observée dans les taux de césarienne, de l'ordre de 30 % en moyenne, n'est pas accompagnée de changement dans les taux de mortalité ni de morbidité néonatale et maternelle.

Enfin, les césariennes dites « de convenance » cachent, en fait, une tout autre réalité. Les études internationales et canadiennes confirment que, parmi les motifs évoqués par les mères pour préférer une césarienne, se retrouvent souvent un antécédent de césarienne et une expérience antérieure traumatisante de l'accouchement vaginal, deux situations pour lesquelles l'éducation et le soutien aux femmes sont essentiels pour un accouchement vaginal réussi.

Les interrelations entre les interventions

L'examen des interrelations entre les interventions illustre ce qui a été décrit comme la cascade des interventions obstétricales, et indique que le meilleur potentiel de réduction des césariennes se trouve dans l'accompagnement et dans les audits de pratique. Ces informations, combinées aux statistiques québécoises sur les variations régionales des taux de césarienne et d'accouchement vaginal avec antécédent de césarienne (AVAC), indiquent qu'un objectif de baisse du taux de césarienne au Québec de 5 % par rapport à ce qu'il est actuellement (23,2 % en 2009-2010), serait un objectif réaliste.

Recommandation

Au terme de son travail, l'INESSS, appuyé sur des preuves scientifiques et l'avis d'experts et de partenaires en obstétrique, constate que l'accouchement vaginal physiologique pour les femmes à faible risque obstétrical semble souhaitable. Ce rapport propose dix mesures générales, dix-neuf mesures particulières aux cinq interventions obstétricales visées dans ce rapport, et trente-sept éléments de pistes d'action pour la réduction des interventions évitables chez les femmes à faible risque obstétrical. Ces mesures ne sont pas un substitut aux guides de pratique existants. L'INESSS recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux invite les organisations représentant les femmes, les établissements qui dispensent des soins d'obstétrique, les organisations professionnelles concernées et les établissements d'enseignement de l'obstétrique à se concerter afin d'élaborer, à partir des mesures proposées, un plan d'action pour la réduction des interventions obstétricales évitables au Québec dans une perspective de décision éclairée et partagée avec les femmes.