



Rapport de la mortalité périnatale au Québec 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012

**Comité d'étude et d'enquête
sur la mortalité et la morbidité périnatales
(CÉEMMP)**

Rapport de la mortalité périnatale au Québec
1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012

Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales (CÉEMMP)

Johanne Gagnon, SF

Isabelle Gascon, SF

Manon Lachapelle, SF, MA

Caroline Paquet, SF, Ph.D (cand)

Marie-Hélène Thériault, SF

Avec la collaboration de :

Isabelle Gascon, SF, membre ad hoc

Marina Chaine, M. Sc., contractuelle

Noémie Prévost, M. Sc. Statistiques, contractuelle

Et Carine Laforest, révision linguistique, pigiste

Présentation à l'assemblée générale annuelle de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), le mercredi 23 septembre 2015

Présentation au Conseil d'administration de l'OSFQ, le jeudi 10 décembre 2015

FAITS SAILLANTS 2008-2012

- Augmentation significative du taux de mortalité périnatale^a
Ce dernier est passé de 2,56/1000 (IC 95 % : 1,27-3,85) pour la période 2004-2008, à 4,89/1000 (IC 95 % : 3,43-6,35) pour la période 2008-2012, soit un ratio de 1,91 (IC 95 % : 1,04-3,70); $p=0,03$. Ce changement a été causé principalement par l'augmentation des mortinaissances.
- Augmentation significative du taux de mortinaissance
Ce dernier est passé de 2,05/1000 (IC 95 % : 0,89-3,21) pour la période 2004-2008, à 4,55/1000 (IC 95 % : 3,14-5,96) pour la période 2008-2012, soit un ratio de 2,22 (IC 95 % : 1,14-4,7); $p=0,01$. Cette augmentation est également significative par rapport au taux de mortinaissance calculé pour la période 1998-2008 (2,47/1000, IC 95 % : 1,56-3,38), soit un ratio de 1,85 (IC 95 % : 1,11-3,1); $p=0,01$.
- Baisse du taux de mortalité néonatale précoce
Ce dernier est passé de **1,28/1000** (IC 95 % : 0,33-2,23) pour la période 1998-2003, à **0,34/1000** (IC 95 % : 0,00-0,73) pour la période 2008-2012, soit un ratio de 0,27 (IC 95 % : 0,05-1,2); $p=0,052$. La part de malformations/anomalies dans ces décès représente 2 cas sur 3.
- Lorsqu'on compare la période de l'exercice SF 1998-2012 à la période des projets pilotes (1994-1998), on remarque une baisse significative du taux de mortinaissance : il passe de 5,62/1000 (IC 95 % : 3,09-8,15) pour la période 1994-1998, à 3,38/1000 (IC 95 % : 2,58-4,18) pour la période 1998-2012, soit un ratio de 0,60 (IC 95 % : 0,36-1,1); $p=0,05$.
- Le taux de mortalité périnatale de 4,89/1000 (IC 95 % : 3,43-6,35) dans la pratique SF pour la période 2008-2012 est statistiquement inférieur à celui de l'ensemble du Québec qui est de 7,2/1000 pour 2008-2011, soit un ratio de 0,68 (0,49-0,92); $p=0,01$. On remarque la même tendance significative en comparant le taux SF sur la période 1998-2012 qui s'élève à (4,02/1000 (IC 95 % : 3,15-4,90) et est inférieur à celui de 7,1/1000 pour l'ensemble du Québec entre 1998 et 2011, soit un ratio de 0,56 (IC 95 % : 0,44-0,70); $p<0,001$. Cependant, rappelons que le champ d'exercice des SF exclut les grossesses et accouchements à risque élevé.
- Le taux de mortalité néonatale précoce de 0,34/1000 (IC 95 % : 0,00-0,73) dans la pratique SF pour 2008-2012 est inférieur à celui de l'ensemble du Québec qui est de 2,9/1000 pour 2008-2011, soit un ratio de 0,12 (IC 95 % : 0,024-0,34); $p<0,001$. On remarque la même tendance significative en comparant les données sur la période 1998-2012 puisque le taux de 0,65/1000 (IC 95 % : 0,30-1,00) dans la pratique SF est significativement inférieur à celui de l'ensemble du Québec qui est de 3,0/1000 pour 1998-2011, soit un ratio de 0,22 (IC 95 % : 0,12-0,37); $p<0,001$.
- Aucun décès maternel n'est survenu dans le cadre de l'exercice SF depuis l'évaluation de la pratique SF dans la cadre des projets-pilotes (1994-1998).

^a Les cas de mortalité périnatale répertoriés dans ce rapport incluent les transferts de la responsabilité clinique des soins de la sage-femme à un médecin {tel que défini par le *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin – Lois sur les sages-femmes (chapitre S-0.1, a. 5, 1^{er} al., par. 3)*}

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants 2008 – 2012	iii
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques	vi
Liste des annexes	vii
Liste des sigles et abréviations	vii
1. Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales (CÉEMMP)	1
1.1. Cadre d'exercice	1
1.2. Mandats	2
1.3. Membres du CÉEMMP	2
2. Introduction au bilan 2008-2012	2
3. Méthodologie	3
3.1. Période	3
3.2. Source des données	4
3.3. Collecte des données	4
3.4. Classification de la mortalité périnatale	5
3.5. Définitions utilisées pour le classement des décès	5
3.6. Calcul des taux de mortalité	5
3.7. Définitions	6
<i>Numérateur</i>	6
<i>Dénominateur</i>	6
3.8. Analyses statistiques	7
4. Résultats	7
5. Discussion	16
5.1. Premier objectif : Analyser la mortalité périnatale et néonatale survenue dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec pour la période du 1 ^{er} avril 2008 au 31 mars 2012.	16
<i>Recommandations</i>	18
5.2. Deuxième objectif : Comparer la mortalité périnatale et néonatale survenue dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec entre le 1 ^{er} avril 2008 et le 31 mars 2012 à celle de l'expérimentation de la pratique sage-femme dans le cadre des projets pilotes SF (1994-1998), celle du premier bilan (1998-2003), celle du deuxième bilan (2004-2008) et à l'ensemble du Québec pour la même période	19
<i>Recommandations</i>	22
5.3. Troisième objectif : Comparer les taux obtenus dans le présent bilan avec ceux d'autres pratiques sages-femmes similaires.	22
<i>Recommandations</i>	23
6. Conclusion	23
Références	25
ANNEXES	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

Distribution annuelle de la mortalité périnatale pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012 7

Tableau 2

Répartition de la mortalité périnatale selon la durée de la grossesse, pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012..... 9

Tableau 3

Répartition de la mortalité périnatale selon la durée de la grossesse, pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 30 août 1998 au 31 mars 2012 10

Tableau 4

Comparaison des taux de mortinaissances, de mortalité néonatale précoce et de mortalité périnatale dans la pratique sage-femme au Québec, 1994-2012..... 12

Tableau 5

Comparaison des taux de mortinaissance, de mortalité néonatale précoce et de mortalité périnatale dans la pratique sage-femme au Québec, à ceux de l'ensemble du Québec, 1994 à 2012 14

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1

Répartition par type de décès parmi les 43 cas de mortalité périnatale, avec et sans malformations/anomalies, dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2008 au 31 mars 20128

Graphique 2

Répartition par type de décès parmi les 81 cas de mortalité périnatale, avec et sans malformations/anomalies, dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 30 août 1998 au 31 mars 2012.....11

Graphique 3

Répartition par type de décès parmi les 81 cas de mortalité périnatale dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 30 août 1998 au 31 mars 201211

Graphique 4

Comparaison des taux de mortinaissance, avec et sans malformations/anomalies, pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, entre les périodes 1994-1998, 1998-2003, 2004-2008 et 2008-201213

Graphique 5

Comparaison des taux de mortinaissance et de décès néonatal précoce entre l'ensemble de la pratique sage-femme et l'ensemble du Québec, 1994 à 2012.....15

Graphique 6

Comparaison des taux de mortinaissance et de décès néonatal précoce entre l'ensemble de la pratique sage-femme et l'ensemble du Québec, entre la période des projets pilotes 1994-1998 et la période d'exercice 1998-201215

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	
Les mandats du CÉEMMP de l'OSFQ.....	28
Annexe II	
Formulaire de déclaration de la mortalité périnatale.....	30
Annexe III	
Organigramme : Collecte et validation des données	34
Annexe IV	
Liste des documents demandés aux services des archives.....	36
Annexe V	
Définitions utilisées pour le classement des décès selon l'OMS.....	38
Annexe VI	
Définitions du numérateur et du dénominateur pour calculer les taux	40
Annexe VII	
Répartition de la mortalité néonatale selon la durée de la grossesse pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1998-2012	42
Annexe VIII	
Le comité des statistiques de l'OSFQ	44

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AVAC :	Accouchement vaginal après césarienne
CÉEMMP :	Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et morbidité périnatales
CETS :	Conseil d'évaluation des technologies de la santé
CA :	Conseil d'administration de l'Ordre des sages-femmes du Québec
CH :	Centre hospitalier
CSF :	Conseil des sages-femmes
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
IMG :	Interruption médicale de grossesse
MDN :	Maison de naissance
OSFQ :	Ordre des sages-femmes du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
OPQ :	Office des professions du Québec
SA :	Semaines d'aménorrhée
SF :	Sage-femme
SSF :	Service de sage-femme
RSSF :	Responsable des services de sage-femme

Rapport de la mortalité périnatale au Québec
1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012

1. COMITÉ D'ÉTUDE ET D'ENQUÊTE SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ PÉRINATALES (CÉEMMP)

1.1. CADRE D'EXERCICE

Conformément au Code des professions, le Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales^b (CÉEMMP) est un comité *mandaté* par le CA de l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). Sa constitution fait suite à une recommandation de l'Office des professions du Québec (OPQ) lors de la création de l'Ordre professionnel des sages-femmes. L'OPQ, dans sa recommandation, s'était inspiré de la position du groupe d'experts chargés, par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (1998), d'analyser la mortalité périnatale et maternelle survenue dans le cadre des projets pilotes sur la pratique des sages-femmes au Québec (1-2).

Le CÉEMMP est chargé spécifiquement de suivre la situation de la mortalité périnatale et maternelle survenant dans l'exercice professionnel des sages-femmes (SF). La mortalité périnatale est l'un des indicateurs de santé utilisés dans le domaine de la périnatalité, notamment pour évaluer dans l'ensemble la qualité des soins offerts par les professionnels.

Dans la structure des professions au Québec, de nombreux mécanismes ont trait à la surveillance de la qualité de l'exercice professionnel. Dans les établissements de santé du Québec, le Conseil des sages-femmes (CSF) a la responsabilité légale de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes posés par les sages-femmes, et a le pouvoir légal d'intervenir lorsque la qualité de l'exercice professionnel pourrait être mise en cause. De ce mandat, découle pour un CSF l'obligation de se soucier de procéder à une analyse détaillée de chacun des dossiers où un décès est survenu, et de faire les recommandations pertinentes pour l'amélioration de la qualité des soins. Au niveau de l'ordre professionnel, le CA de la syndique et le Comité d'inspection professionnelle détiennent également le pouvoir légal d'intervenir lorsque la qualité de l'exercice professionnel pourrait être mise en cause. À titre de comité mandaté, le CÉEMMP ne détient aucun pouvoir légal d'intervention. Sa fonction en est une de recommandations auprès du CA de l'OSFQ (annexe I). L'appellation *comité d'enquête* garantit au CÉEMMP son droit d'accès à l'information contenue dans les dossiers tenus par les sages-femmes ainsi que son droit de questionner les instances locales chargées de contrôler et d'apprécier la qualité des actes professionnels posés par les sages-femmes.

À ce jour, les travaux du CÉEMMP de l'OSFQ peuvent être décrits ainsi :

- Mettre en place des mécanismes visant la déclaration par les sages-femmes des situations où un décès est survenu dans l'exercice professionnel;
- Compiler les données;
- Valider les données;
- Classifier les décès;
- Calculer les taux;

^b La définition utilisée pour la mortalité périnatale est conforme à celle de l'OMS, et comprend les mortinaissances (500 g et plus) et les décès néonataux précoces (avant le 7^e jour de vie révolu) (1).

- Interpréter les résultats globaux sur la mortalité;
- Dessiner le profil de la mortalité survenue dans le but de dégager, s'il y a lieu, des éléments d'importance.

1.2. MANDATS

Le mandat du CÉEMMP a été décrit en 2002 par le CA de l'OSFQ^c :

- Recueillir toute information pertinente et compiler les données nécessaires advenant la mortalité ou la morbidité périnatale;
- Remettre au CA, au terme de son enquête, ses commentaires ou toute recommandation visant l'amélioration de la pratique.

1.3. MEMBRES DU CÉEMMP

Par résolution, le CÉEMMP est composé de quatre membres. Les mandatées pour l'exercice du présent bilan sont :

Caroline Paquet SF, Ph. D. (cand.), présidente,
membre depuis décembre 2003, présidente depuis mars 2013;

Johanne Gagnon, SF, (membre depuis 1999);

Isabelle Gascon, SF, secrétaire (janvier 2002 à novembre 2010),

Marie-Hélène Thériault, SF, secrétaire (depuis mars 2011);

Manon Lachapelle SF, membre (depuis juillet 2013)

2. INTRODUCTION AU BILAN 2008-2012

Les données analysées proviennent de l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, à l'exception de la pratique SF rattachée au Centre de santé Inuulitsivik, à Puvirnituq, ainsi qu'au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujuaq. Il s'agit du 3^e bilan produit par le comité (CÉEMMP) depuis la création de l'Ordre (OSFQ) en 1999. La période couverte par le présent bilan s'étend du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012. Cette période fait suite immédiate à celle du 2^e bilan du CÉEMMP déposé auprès du CA de l'OSFQ en février 2013, et dont la période s'étendait du 1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2008.

Avec le dépôt de ce 3^e bilan, nous disposons des taux de mortalité périnatale survenue dans la pratique SF depuis ses débuts en 1994 comme pratique légale encadrée au Québec jusqu'au 31 mars 2012^d.

^c Le descriptif complet des mandats du CÉEMMP est présenté intégralement à l'annexe I.

^d La mortalité périnatale survenue lors la période d'expérimentation de la pratique SF au Québec (1995-1998) par le biais de projets-pilotes a fait l'objet d'une étude publiée par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS) en juillet 1999².

Les objectifs de ce bilan sont :

- Analyser la mortalité périnatale (mortinaissances et décès néonataux précoces) et les décès néonataux tardifs survenus dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012.
- Comparer la mortalité périnatale (mortinaissances et décès néonataux précoces) survenue dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2012 à celle de l'expérimentation de la pratique sage-femme dans le cadre des projets pilotes SF (1994-1998), à celle du premier bilan (30 août 1998 au 31 décembre 2003), à celle du deuxième bilan (1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2008) et à celle de l'ensemble du Québec pour les mêmes périodes.
- Comparer les taux obtenus dans le présent bilan (2008-2012) avec ceux d'autres pratiques sages-femmes similaires.
- Formuler des recommandations dans chacun des cas.

3. MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport porte sur l'analyse de la mortalité périnatale, c'est-à-dire les mortinaissances et les décès néonataux précoces (avant le 7^e jour de vie révolu) parmi la clientèle des sages-femmes^e. Bien qu'elle soit exclue de la définition de la mortalité périnatale, la mortalité néonatale tardive (entre le 8^e et le 28^e jour de vie) a aussi été comptabilisée. Le mandat du CÉEMMP prévoit également l'étude de la morbidité néonatale, toutefois le Comité ne dispose à ce jour d'aucune donnée lui permettant d'exercer cette fonction.

3.1. Période

La période à l'étude s'étend du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012. Étant donné la rareté des événements étudiés et leur stabilité dans le temps, les taux sont comptabilisés sur une période de quatre ans dans le but d'en accroître la précision. Les décès sont présentés annuellement, non pas au terme de l'année civile, mais au terme de l'année financière (1^{er} avril au 31 mars) des établissements de santé du Québec, et ce, afin de faciliter lors du calcul des taux, puisque l'OSFQ détermine le nombre de suivis complets par les sages-femmes selon l'année financière.

3.2. Source des données

Les données analysées proviennent de l'ensemble des services de sage-femme (SSF)^f au Québec, c'est-à-dire de l'ensemble des grossesses placées sous les soins d'une SF ayant conclu un contrat de service avec un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et pratiquant dans l'un des 11 services de sage-femme existant au cours de la période couverte par ce bilan. La pratique des sages-femmes rattachée au Centre de santé Inuulitsivik, à Puvirnituq, dans le Grand Nord québécois, pour laquelle nous ne disposons d'aucune donnée, n'a pas été prise en compte.

^e Présentement pour exercer au Québec une SF doit être membre de l'Ordre des sages-femmes du Québec et avoir conclu un contrat de service avec un CSSS.

^f Le terme *service de sage-femme* réfère à une équipe de sages-femmes qui, ayant conclu un contrat de service avec un CSSS, offre des services de sage-femme dans les locaux prévus par ce CSSS (avec ou sans maison de naissance).

Les données du bilan reflètent la pratique des SF, sans distinction, dans les trois lieux d'accouchement suivants : en maison de naissance, au domicile et en centre hospitalier (CH).

3.3. Collecte des données

La SF membre de l'OSFQ doit compléter le formulaire de *Déclaration d'un décès périnatal* pour chaque décès survenu dans le cadre de son exercice dans l'une ou l'autre des situations suivantes : i) un mort-né de 500 g et plus, constaté par elle ou par un autre professionnel, dans la mesure où une SF était responsable du suivi de la grossesse; ii) un nouveau-né décédé avant l'âge de 28 jours, constaté par elle ou par un autre professionnel, dans la mesure où une SF était responsable du suivi de la grossesse.

Le formulaire *Déclaration d'un décès périnatal* a été conçu par les membres du CÉEMMP. Lors de son élaboration, le formulaire a été testé auprès d'un échantillon de sages-femmes afin de vérifier si les questions étaient univoques et unidimensionnelles, si les instructions étaient claires et précises, et finalement si les choix de réponses étaient adaptés et complets. Des corrections mineures ont été apportées au questionnaire suite à ce test ainsi qu'au terme d'une année d'application.

Le formulaire comprend soixante-dix questions : soixante-trois questions fermées et sept questions ouvertes. Il est divisé en quatre sections : i) Identification, ii) Grossesse, iii) Renseignements sur le décès fœtal ou néonatal, iv) Travail et accouchement. La section *Travail et accouchement* s'applique exclusivement aux situations de mortinaissance intrapartum^g ou de mortalité néonatale^h. Un exemplaire du formulaire de déclaration de la mortalité périnatale se trouve à l'annexe II.

Une version électronique est accessible en tout temps sur le site de l'OSFQ dans la section sécurisée *Membres*.

Le formulaire de déclaration doit être rempli et acheminé par la SF dans un délai raisonnable et avant la fin de l'année administrative en cours. Si la SF n'est pas certaine des réponses à transmettre ou du sens des questions, elle peut s'adresser à la responsable des services de sage-femme, ou contacter l'une des membres du CÉEMMP. La SF fait parvenir le formulaire rempli à l'OSFQ.

L'OSFQ reçoit les formulaires complétés par les sages-femmes et les remet à la secrétaire du CÉEMMP. Celle-ci procède alors au regroupement des déclarations par SSF. À la fin de chaque année financière, la secrétaire du CÉEMMP adresse la compilation par service à la RSSF concernée. L'exercice vise la validation finale par la responsable des SSF du nombre de déclarations reçues pour son service et des numéros de dossiers correspondants aux situations de décès. Cette validation permet de s'assurer que le CÉEMMP est bien informé de tous les mortinaissances et décès néonataux survenus dans chacun des services de sages-femmes.

Dans le cas de figure où le formulaire de déclaration n'a pas été rempli et transmis, l'information a été obtenue en retournant au dossier obstétrical de la femme.

L'organigramme présenté à l'annexe III illustre le processus de collecte et de validation des données.

^g Décès fœtal au cours du travail et avant l'expulsion complète.

^h Mortalité néonatale : inclut la mortalité précoce (décès d'un nouveau-né avant le 7^e jour de vie révolu) et la mortalité tardive (décès d'un nouveau-né entre le 8^e et le 28^e jour de vie révolu, soit 672 heures après la naissance).

3.4. Classification de la mortalité périnatale

Pour le présent bilan, le CÉEMMP a obtenu une copie de chacun des dossiers de SF où un décès est survenu. La demande de copie était adressée au service des archives de chacun des CSSS concernés (annexe IV). Les membres du CÉEMMP se sont réunis à neuf reprises afin de faire l'analyse des formulaires de déclaration et enfin des dossiers. Les données de la déclaration ont toutes été validées à l'aide des dossiers. Lorsque la donnée « poids de naissance » n'était pas disponible, l'une des membres du Comité établissait un contact téléphonique avec la SF ayant déclaré le décès ou avec la RSSF afin d'obtenir cette information essentielle au classement.

L'exercice exhaustif aura permis d'évaluer avec précision si les situations déclarées répondaient ou non aux critères de classification empruntés.

3.5. Définitions utilisées pour le classement des décès

Les définitions utilisées pour le classement de la mortalité dans ce bilan sont conformes à celles recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et sont présentées sous forme schématique à l'annexe V.

Les mortinaissances désignent tout produit de conception pesant 500 g et plus qui après l'expulsion complète ne présente aucun signe de vie. Les mortinaissances antepartum désignent les décès fœtaux survenus avant le début du travail. Les mortinaissances intrapartum désignent les décès fœtaux survenus en cours de travail. Les décès néonataux désignent les décès de nouveau-nés survenant avant le 28^e jour de vie révolu (< 672 heures après la naissance); selon la durée de vie du nouveau-né, ils sont classés soit mortalité néonatale précoce (0-7 jours), soit mortalité néonatale tardive (8-28 jours).

3.6. Calcul des taux de mortalité

Le CÉEMMP a utilisé les données suivantes pour le calcul des taux de mortinaissance, de mortalité périnatale et de mortalité néonatale précoce. La compilation des taux inclut les cas de malformations congénitales et d'anomalies chromosomiques.

- *Taux de mortinaissance :*
Nombre global de mortinaissances pour 1000 naissances totales (vivantes et mortinaissances).
- *Taux de mortalité néonatale précoce :*
Nombre de décès néonataux précoces avant le 7^e jour de vie révolu (< 168 heures) pour 1000 naissances vivantes.
- *Taux de mortalité périnatale :*
Nombre global de mortinaissances et de décès néonataux précoces avant le 7^e jour de vie révolu (< 168 heures) pour 1000 naissances totales : naissances vivantes et mortinaissances.

3.7. Définitions

Numérateur

Selon le taux calculé, le numérateur inclut les mortinaissances (mort-nés pesant 500 g et plus) et les décès néonataux précoces (avant le 7^e jour de vie révolu) survenus chez la clientèle des sages-femmes, au cours de la période visée par le bilan sans égard à la survenue d'un transfert de soins de la sage-femme vers un médecin et sans égard au lieu où est survenu l'accouchement, que l'accoucheur ait été sage-femme ou médecin (annexe VI). Il s'agit donc du nombre total de mortinaissances et de décès néonataux précoces survenus chez la clientèle des sages-femmes au Québec, entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2012.

Les données relatives aux malformations congénitales majeures et aux anomalies chromosomiques associées aux mortinaissances et aux décès néonataux ont été comptabiliséesⁱ. Les taux calculés incluent les cas de malformations congénitales et d'anomalies chromosomiques.

Les données sur les décès néonataux tardifs ont été comptabilisées, toutefois par définition, les décès néonataux tardifs sont exclus du calcul du taux de mortalité périnatale. La répartition de la mortalité néonatale (précoce et tardive) selon la durée de la grossesse, pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, durant la période du 1^{er} février 1995 au 31 mars 2012, est par conséquent présentée à l'annexe VII.

Dénominateur

Par définition, le dénominateur utilisé pour le calcul des taux de mortinaissance correspond au nombre de naissances totales (naissances vivantes + mortinaissances). Tandis que le dénominateur utilisé pour le calcul des taux de mortalité néonatale correspond uniquement au nombre de naissances vivantes.

Pour la période couverte par ce bilan, le nombre de naissances vivantes a été obtenu de la manière suivante : le CÉEMMP utilise la compilation du nombre total de suivis complets effectués par les RSSF à la demande de l'OSFQ. Bien qu'il s'agisse à priori d'une donnée administrative, *le nombre de suivis complets* correspond de très près au *nombre total de naissances* (naissances vivantes + décès néonataux + mortinaissances de 27 semaines et plus), puisqu'il exclut les arrêts de suivis en cours du premier trimestre de la grossesse (avortements spontanés, déménagements, désistements) et qu'il inclut les transferts de soins survenus à compter de la 27^e semaine de grossesse. Par ailleurs, les transferts de soins d'une sage-femme au médecin entre la 20^e et la 28^e semaine de la grossesse pourraient ne pas avoir été systématiquement comptabilisés par les RSSF, alors que les décès survenus pendant cette période de la grossesse ont été déclarés lorsque la cliente était sous les soins de la sage-femme.

ⁱ L'information a été colligée uniquement à partir de l'information disponible dans les dossiers sage-femme.

Les membres du CÉEMMP estiment à 1 % le pourcentage de femmes sous les soins des SF qui sont transférées entre la 20^e et la 27^e semaine. La sous-estimation du nombre de suivis SF sera prise en compte dans la présentation des résultats.

La compilation du nombre de suivis complets effectués par les sages-femmes a pu être obtenue en regard des années financières des établissements de santé du Québec, soit du 1^{er} avril d'une année au 31 mars de l'année suivante pour les années 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012.

3.8. Analyses statistiques

L'analyse des données présente le calcul des taux de mortalité ainsi que leurs intervalles de confiance à 95 %. Nous avons également procédé à des tests de signification statistique (test du chi-deux et test exact de Fisher) (3). Enfin, pour certaines comparaisons, des ratios de taux et leurs intervalles de confiance à 95 % ont été calculés (4).

Les données de l'Institut de la statistique du Québec (19) ont été utilisées pour calculer les taux moyens de mortinaissances, de mortalité périnatale et de mortalité néonatale précoce à différentes périodes, avec ou sans anomalies. Toutefois, le nombre de mortinaissances et de mortalités néonatales précoces au Québec n'étant pas disponible pour l'année 2012 au moment de rédiger ce rapport, les taux que nous présentons pour l'ensemble du Québec correspondent aux périodes 1998-2003^j, 2004-2008 et 2008-2011.

4. RÉSULTATS

Tableau 1
Distribution annuelle de la mortalité périnatale pour l'ensemble de
la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012

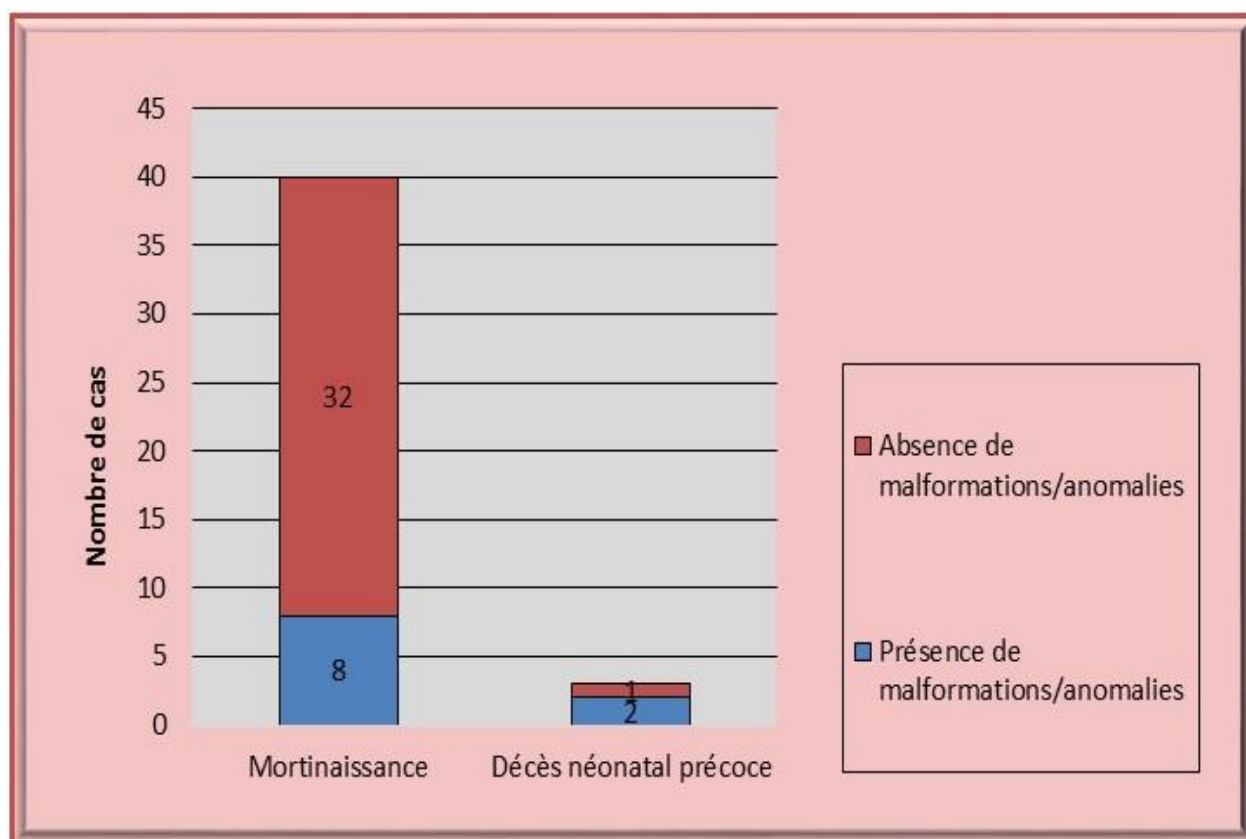
Mortalité périnatale

Année financière	Mortinaissances (antepartum et intrapartum)	Décès néonataux précoces	TOTAL des décès périnataux	Nombre total de suivis
2008-2009	10	1	11	1924
2009-2010	12	1	13	2327
2010-2011	8	0	8	2266
2011-2012	10	1	11	2271
TOTAUX	40	3	43	8788

^j Pour le 2^e bilan, la période à l'étude s'étend du 1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2008. Pour l'année 2004, les mois de janvier, février et mars ont été ajoutés au décompte parce qu'ils n'ont pas été comptabilisés lors du bilan précédent du CÉEMMP qui couvrait la période du 30 août 1998 au 31 décembre 2003. Les décès sont présentés annuellement, selon l'année financière des établissements de santé du Québec (1^{er} avril au 31 mars), de préférence à l'année civile, et ce, pour des raisons de facilité lors du calcul des taux puisque le nombre de suivis complets par les sages-femmes nous est fourni par l'OSFQ depuis 2004 en regard des années financières.

Pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012, 8788 suivis complets de grossesse ont été effectués par les sages-femmes^k, ce qui représente environ 2200 suivis par an. La répartition de la mortalité périnatale pour l'ensemble de la pratique sage-femme du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012 révèle que les mortinaissances représentent la majorité des décès survenus pendant la période périnatale (40 sur 43). Trois décès néonataux précoces sont survenus au cours de cette période.

Graphique 1
Répartition par type de décès parmi les 43 cas de mortalité périnatale, avec et sans malformations/anomalies, dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012



^k Voir définition du dénominateur p.10.

Tableau 2
Répartition de la mortalité périnatale selon la durée de la grossesse, pour
l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec,
1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012

Mortalité périnatale

Durée de la grossesse (en SA)	Mortinaissance (antepartum et intrapartum)	Décès néonataux précoces	Total des décès périnataux incluant les malformations ou anomalies chromosomiques	Total des décès périnataux excluant les malformations ou anomalies chromosomiques
≤24	4	0	4	1
25-27	4	0	4	3
28-30	6	0	6	5
31-33	2	0	2	2
34-36	5	1	6	4
37-39	7	1	8	5
40	7	0	7	7
41	4	0	4	4
≥42	1	1	2	2
TOTAL	40	3	43	33

Parmi ces 43 cas de mortalité périnatale, près du quart (10) est associé à un diagnostic de malformation ou anomalie chromosomique, surtout avant la 37^e semaine d'aménorrhée (SA).

Les décès périnataux sont répartis de façon presque égale entre les grossesses à terme (37 à 41SA+6jours) : 21/43 cas, et les grossesses avant terme (36SA+6jours et moins) : 22/43 cas. Le faible nombre de décès néonataux précoces (3) ne permet pas d'y voir de tendance concernant la répartition des cas survenus par rapport au terme de la grossesse.

La majorité des cas impliquant des malformations ou anomalies chromosomiques (7/10) est survenue avant la 37^e semaine de grossesse.

Le nombre de décès néonataux précoces constitue une très faible part de la mortalité périnatale (3/43).

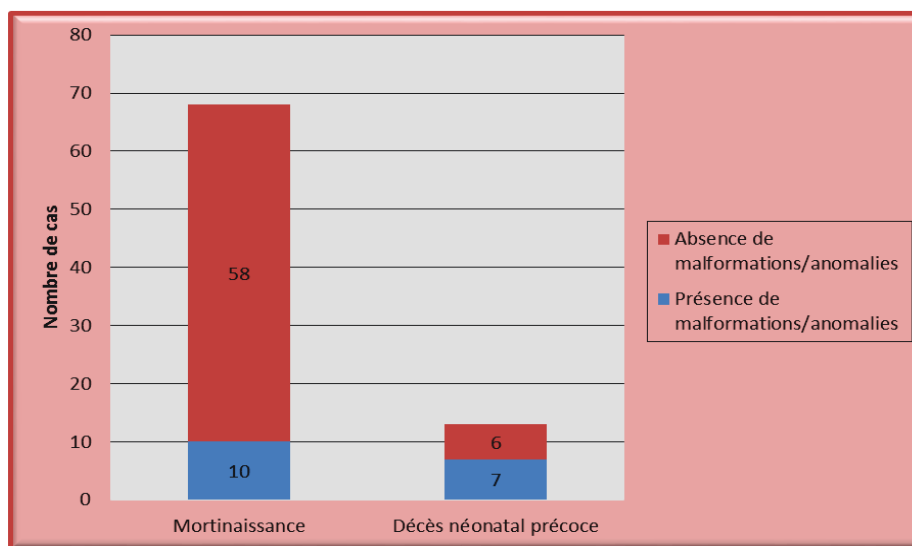
Tableau 3
Répartition de la mortalité périnatale selon la durée de la grossesse,
pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec,
30 août 1998 au 31 mars 2012

Mortalité périnatale

Durée de la grossesse (en SA)	Mortinaissance (antepartum et intrapartum)	Décès néonataux précoces	Total des décès périnataux, incluant les malformations ou anomalies chromosomiques	Total des décès périnataux, excluant les malformations ou anomalies chromosomiques
≤24	9	0	9	6
25-27	7	2	9	6
28-30	9	1	10	8
31-33	5	0	5	5
34-36	8	3	11	8
37-39	12	4	16	12
40	11	1	12	10
41	6	1	7	7
≥42	1	1	2	2
TOTAL	68	13	81	64

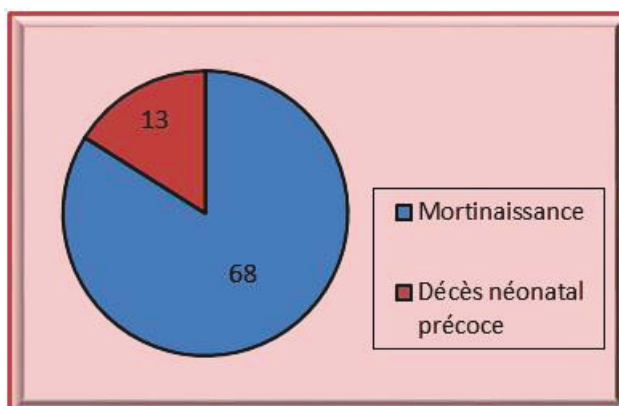
Pour ce qui est de répartition des décès en regard de l'âge gestationnel, il est à noter que 38 des 68 mortinaissances sont survenues avant la 37^e semaine de grossesse, soit un peu plus de la moitié, alors que l'on décompte 30 mortinaissances à partir de la 37^e semaine de gestation.

Graphique 2
Répartition par type de décès parmi les 81 cas de mortalité périnatale, avec et sans malformations/anomalies, dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 30 août 1998 au 31 mars 2012



Un diagnostic de malformations ou anomalies congénitales a été posé pour 17 des 81 cas de décès périnataux; parmi ces 17 cas, 11 sont survenus avant la 37^e semaine de gestation, soit près du double du nombre de cas diagnostiqués après ce terme (6/17).

Graphique 3
Répartition par type de décès parmi les 81 cas de mortalité périnatale dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 30 août 1998 au 31 mars 2012



Au cours de la période prenant en compte les deux précédents bilans du CÉEMMP auxquels vient s'ajouter le présent bilan, soit du 30 août 1998 au 31 mars 2012, les mortinaissances de l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec comptent pour une très grande majorité de la mortalité périnatale (68/81).

Tableau 4
Comparaison des taux de mortinaissance, de mortalité néonatale précoce et de mortalité périnatale dans la pratique sage-femme au Québec, 1994 à 2012

	Exercice SF Projets pilotes 1994-1998	Exercice SF 1998-2003	Exercice SF 2004-2008	Exercice SF 1998-2008	Exercice SF 2008-2012	Exercice SF 1998-2012
Nombre de naissances totales	3379	5487	5851	11338	8788	20126
Nombre de mortinaissances (500g et +)	19	16	12	28	40	68
Taux de mortinaissance (/1000)	5,62 [†] (3,09-8,15)	2,92 (1,49-4,35)	2,05* (0,89-3,21)	2,47* (1,56-3,38)	4,55 (3,14-5,96)	3,38 (2,58-4,18)
Nombre de décès néonataux précoces	1	7	3	10	3	13
Taux de mortalité néonatale précoce (/1000)	0,30 (0,00-0,88)	1,28~ (0,33-2,23)	0,51 (0,00-1,09)	0,88 (0,33-1,43)	0,34 (0,00-0,73)	0,65 (0,30-1,00)
Nombre de décès périnataux (mortinaissances et décès néonataux précoces)	20	23	15	38	43	81
Taux de mortalité périnatale (/1000)	5,92 (3,33-8,51)	4,19 (2,48-5,90)	2,56* (1,27-3,85)	3,35 (2,29-4,41)	4,89 (3,43-6,35)	4,02 (3,15-4,90)

*Différence statistiquement significative (comparaison avec le taux de la période du présent bilan 2008-2012).

~ Différence statistiquement non significative ($p=0,052$), mais proche du seuil de 0,05 (comparaison avec le taux de la période du présent bilan 2008-2012).

† Différence statistiquement significative (comparaison avec le taux de la période combinée 1998-2012).

Les différences statistiquement significatives¹ issues du tableau 4 concernent la période du présent bilan 2008-2012 et :

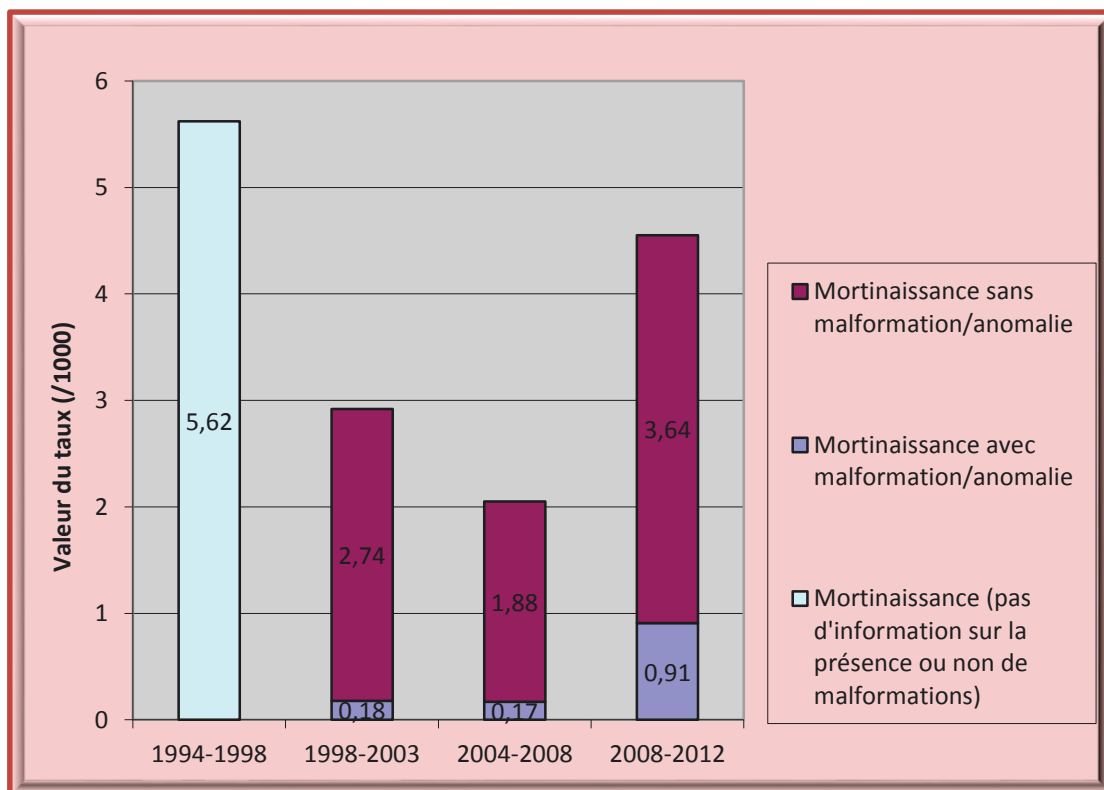
- la période 2004-2008 : une augmentation du taux de la mortalité périnatale est constatée (graphique IV). Il passe de 2,56/1000 (IC 95 % : 1,27-3,85) à 4,89/1000 (IC 95 % : 3,43-6,35), soit un ratio de 1,91 (IC 95 % : 1,04-3,70); $p=0,03$;
- la période 2004-2008 : une augmentation du taux de mortinaissance est visible (graphique 4). Il passe de 2,05/1000 (IC 95 % : 0,89-3,21) à 4,55/1000 (IC 95 % : 3,14-5,96), soit un ratio de 2,22 (IC 95 % : 1,14-4,7); $p=0,01$;

¹ Une valeur $p \leq 0,05$ traduit un résultat statistiquement significatif.

- la période 1998-2008 : une augmentation du taux de mortinaissance est constatée (graphique 4). Il passe de 2,47/1000 (IC 95 % : 1,56-3,38) à 4,55/1000 (IC 95 % : 3,14-5,96), soit un ratio de 1,85 (IC 95 % : 1,11-3,1); $p=0,01$.

Des différences statistiquement significatives sont également observées entre l'ensemble des périodes regroupant 1998-2012 et la période 1994-1998 : le taux de mortinaissance pour la période 1998-2012, de 3,38/1000 (IC 95 % : 2,58-4,18), est significativement plus bas que celui de la période 1994-1998, de 5,62/1000 IC 95 % (3,09-8,15). Le ratio est de 0,60 (IC 95 % : 0,36-1,1); $p=0,05$.

Graphique 4
Comparaison des taux de mortinaissance, avec et sans malformations/anomalies,
pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec
entre les périodes 1994-1998, 1998-2003, 2004-2008 et 2008-2012



Nous pouvons remarquer à travers le graphique 4 que la part des malformations/anomalies relevées parmi les cas de mortinaissance semble augmenter lors de l'examen du présent bilan. En effet, les taux de malformations/anomalies des deux précédentes périodes étaient similaires (0,18/1000 pour 1998-2003, soit 1 cas pour 16 mortinaissances; et 0,17/1000 pour 2004-2008, soit 1 cas pour 12 mortinaissances), alors que ce taux s'est accru lors de la période 2008-2012 (0,91/1000, soit 8 cas pour 40 mortinaissances).

Tableau 5
Comparaison des taux de mortinaissance, de mortalité néonatale précoce et de mortalité périnatale dans la pratique sage-femme au Québec à ceux de l'ensemble du Québec^m, 1994 à 2012

	Exercice SF 1994-1998	Québec 1995-1998	Exercice SF 1998-2003	Québec 1998-2003	Exercice SF 2004-2008	Québec 2004-2008
Taux de mortinaissance (/1000)	5,62 (3,09-8,15)	4,1	2,92 (1,49-4,35)	4,1	2,05 (0,89-3,21)	4,1
Taux de mortalité néonatale précoce (/1000)	0,30 (0,00-0,88)	3,1	1,28 (0,33-2,23)	2,9	0,51 (0,00-1,09)	3,1
Taux de mortalité périnatale (/1000)	5,92 (3,33-8,51)	7,2	4,19 (2,48-5,90)	7	2,56 (1,27-3,85)	7,2
	Projets pilotes		Bilan 1		Bilan 2	

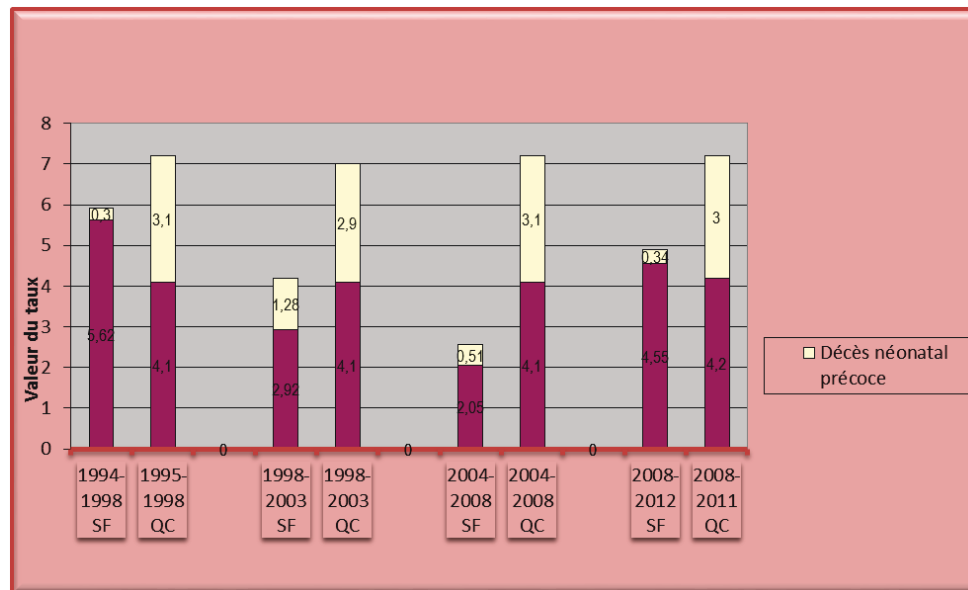
	Exercice SF 2008-2012	Québec 2008-2011	Valeur p	Exercice SF 1998-2012	Québec 1998-2011	Valeur p
Taux de mortinaissance (/1000)	4,55 (3,14-5,96)	4,3	NS [†]	3,38 (2,58-4,18)	4,2	NS [†]
Taux de mortalité néonatale précoce (/1000)	0,34 (0,00-0,73)	2,9	< 0,001*	0,65 (0,30-1,00)	3	< 0,001*
Taux de mortalité périnatale (/1000)	4,89 (3,43-6,35)	7,2	0,01*	4,02 (3,15-4,90)	7,1	< 0,001*
	Bilan 3			Bilan 1-2-3		

† « NS » : Différence statistiquement non significative.

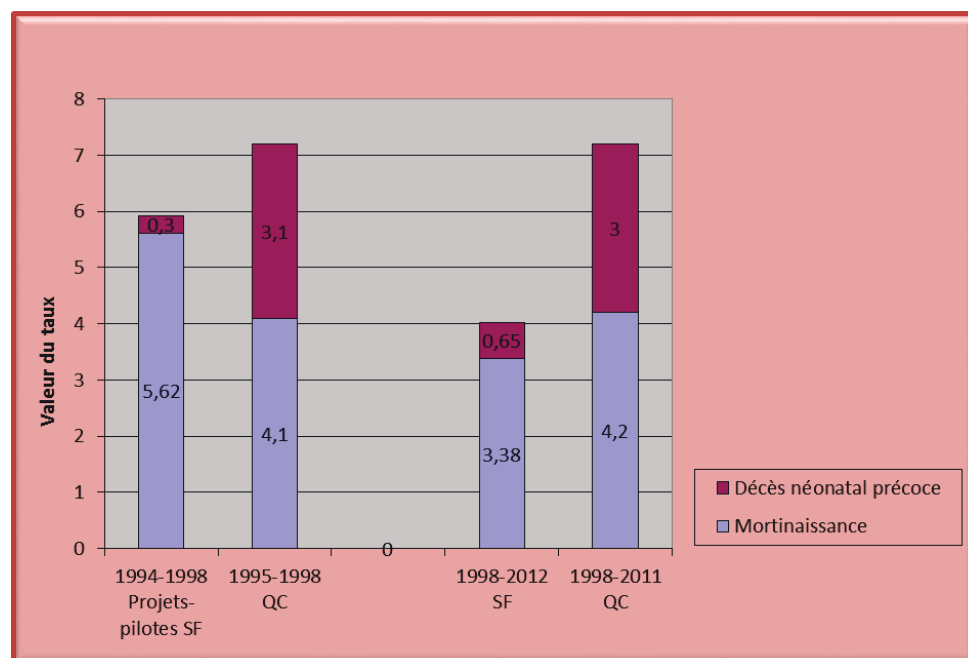
* : Différence statistiquement significative.

^m Les taux pour l'ensemble du Québec sont calculés sans ajustement pour le risque obstétrical ni pour les malformations majeures, et incluent donc les grossesses à risque élevé.

Graphique 5
Comparaison des taux de mortinaissance et de décès néonatal précoce entre l'ensemble de la pratique sage-femme et l'ensemble du Québec, 1994-2012



Graphique 6
Comparaison des taux de mortinaissance et de décès néonatal précoce entre l'ensemble de la pratique sage-femme et l'ensemble du Québec, entre la période des projets pilotes 1994-1998 et la période d'exercice 1998-2012



Le taux de mortalité périnatale dans la pratique sage-femme pour :

- 2008-2012, de 4,89/1000 (IC 95 % : 3,43-6,35), est significativement inférieur à celui de l'ensemble du Québec qui est de 7,2/1000 pour 2008-2011 (graphique 5). Le ratio est de 0,68 (IC 95 % : 0,49-0,92); $p=0,01$.
- 1998-2012, de 4,02/1000 (IC 95 % : 3,15-4,90), est significativement inférieur à celui de l'ensemble du Québec qui est de 7,1/1000 pour 1998-2011 (graphique 5). Le ratio est de 0,56 (IC 95 % : 0,44-0,70); $p<0,001$.

La différence du taux de mortinaissance dans la pratique sage-femme pour :

- 2008-2012, de 4,55/1000 (IC 95 % : 3,14-5,6), et de celui de l'ensemble du Québec pour 2008-2011, de 4,3/1000, n'est statistiquement pas significative (graphique 5). Le taux de mortinaissance dans l'ensemble de la pratique sage-femme pour cette période est le seul à être supérieur au taux de mortinaissance de l'ensemble du Québec.
- 1998-2012, de 3,38/1000 (IC 95 % : 2,58-4,18), et de celui de l'ensemble du Québec pour 1998-2011, de 4,2/1000, n'est statistiquement pas significative (graphique 5). Le taux de mortinaissance observé dans la pratique sage-femme reste inférieur à celui de l'ensemble du Québec.

Le taux de mortalité néonatale précoce dans la pratique sage-femme pour :

- 2008-2012, de 0,34/1000 (IC 95 % : 0,00-0,73), est significativement inférieur à celui de l'ensemble du Québec qui est de 2,9/1000 pour 2008-2011 (graphique 5). Le ratio est de 0,12 (IC 95 % : 0,024-0,34); $p<0,001$ (test exact de Fisher).
- 1998-2012, de 0,65/1000 (IC 95 % : 0,30-1,00), est significativement inférieur à celui de l'ensemble du Québec qui est de 3,0/1000 pour 1998-2011 (tableau 5, graphique 5). Le ratio est de 0,22 (IC 95 % : 0,12-0,37); $p<0,001$ (test exact de Fisher).

Mortalité maternelle

Aucun décès maternel n'est survenu dans le cadre de l'exercice SF lors de la période 2008-2012

5. DISCUSSION

La discussion des résultats s'articule autour des objectifs poursuivis par le CÉEMMP dans le présent rapport.

5.1. Premier objectif : Analyser la mortalité périnatale et néonatale survenue dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec pour la période du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012.

L'information transmise par l'OSFQ aux membres SF concernant leur obligation de déclarer les décès périnataux ainsi que le processus mis en place par le CÉEMMP (pour la cueillette des données, la validation et le classement des décès) permet de rendre compte de toute la mortalité périnatale survenue dans l'exercice sage-femme au cours de la période 2008-2012. Il faut s'assurer de maintenir, à travers les différents modes d'accès au statut de membre SF, la transmission des informations relatives : i) aux mandats du CÉEMMP; ii) à l'obligation de déclarer un décès périnatal; iii) à la nature et l'importance des données recueillies par l'entremise du formulaire de déclaration

du CÉEMMP. Les résultats et recommandations du présent rapport devraient également être transmis aux membres SF et aux candidates à la profession à travers leur processus de formation. De plus, afin d'améliorer son processus de collecte de données, le CÉEMMP devra réitérer à l'ensemble des membres SF l'importance de remplir le formulaire et de l'acheminer à l'OSFQ dans un délai d'un mois.

Le nombre de suivis complets effectués par les sages-femmes et compilés par l'OSFQ constitue le dénominateur des taux calculés. Il est essentiel que les RSSF des différents services SF au Québec comptabilisent uniformément, et en conformité avec la définition du dénominateur présentée à l'annexe VI, l'ensemble des suivis effectués par les SF au Québec. À cet effet, un comité statistique a été mis en place au sein de l'OSFQ en mars 2012 afin notamment de définir et d'harmoniser les outils de collecte de données au sein des différents services sages-femmes au Québec (annexe VIII).

Le CÉEMMP a tenu à interpréter le dénominateur retenu pour le calcul des taux avec prudence compte tenu des limites relatives à cette définition (annexe VI). Ainsi, en nous basant sur notre expérience des milieux de pratique sage-femme, nous avons estimé à moins de 1 % les transferts non comptabilisés (les pertes de suivi) entre la 20^e et 28^e semaine de grossesse. Néanmoins, il est possible que le dénominateur utilisé pour le calcul des taux soit légèrement inférieur à ce qu'il est réellement, entraînant ainsi une légère surestimation des taux calculés. Cet ajustement systématique est cependant réalisé depuis 1998, ce qui rend les comparaisons possibles dans l'évolution de la pratique SF en tant que telle, puisque le procédé reste le même; ce n'est que lorsque la comparaison est réalisée avec des données extérieures (par exemple, celles issues de l'ensemble du Québec) qu'il faut tenir compte de cet ajustement aux fins d'interprétation (i.e. légère sur estimation des taux SF calculés)

Lors de la période couverte par le présent bilan 2008-2012, les sages-femmes ont assuré 8788 suivis complets, soit 2973 suivis de plus que lors du bilan précédent (2004-2008) (5). Cette augmentation s'explique d'une part par l'accroissement du nombre de sages-femmes inscrites à l'OSFQ et d'autre part, par le développement de nouveaux services sages-femmes. Entre 2008 et 2012, deux nouveaux services sage-femme ont vu le jour, l'un au CSSS Jeanne-Mance à Montréal (2009) et le second au CSSS Haut-Richelieu-Rouville en Montérégie (2011). Ce déploiement des services sages-femmes fait partie des objectifs émis par le gouvernement du Québec dans la troisième politique de périnatalité 2008-2018 (6).

Au cours de la période 2008-2012, les mortinaissances occupent la plus grande part de la mortalité périnatale (40/43)ⁿ.

Parmi les trois cas de décès néonatal précoce, deux étaient liés à un diagnostic (à la naissance ou avant) de malformations.

Les données relatives aux malformations congénitales majeures et aux anomalies chromosomiques associées aux mortinaissances et aux décès néonataux ont été présentées dans le tableau 2, mais elles ne sont sans doute pas exhaustives puisque cette information est limitée à celle contenue dans le dossier tenu par les sages-femmes et, lorsque disponible, dans les dossiers obstétricaux. Pour posséder des données exhaustives sur le sujet, il aurait fallu que l'ensemble des mortinaissances

ⁿ Il faut se rappeler que les mortinaissances (antepartum ou intrapartum) associées à la pratique des sages-femmes comprennent les transferts de soins de la sage-femme à un médecin.

fasse l'objet d'autopsies. Ce ne sera probablement jamais le cas. Néanmoins, lorsque disponibles, les rapports du coroner ont été consultés.

Finalement, le mandat du CÉEMMP prévoit également l'étude de la morbidité néonatale. Cependant, le CÉEMMP ne dispose à ce jour d'aucune donnée lui permettant d'exercer cette fonction.

Depuis avril 2012, le système d'information I-CLSC, conçu spécialement pour les CSSS, a été implanté auprès de l'ensemble des SSF. Il comprend des informations sur le suivi de la clientèle des sages-femmes pour les volets prénatal, périnatal et postnatal. Une version révisée et bonifiée a été introduite dans certains établissements dès octobre 2012, puis à l'ensemble des établissements au printemps 2013 (7). Toutefois, la pertinence du choix des informations recueillies ainsi que leurs fins d'utilisation continuent d'être remis en question par plusieurs SF (7). De ce fait, cet outil ne constitue pas, à l'heure actuelle, une base de données fiable et homogène reflétant la réalité de la pratique SF. Des pistes de solutions sont en cours d'exploration afin s'orienter vers cet objectif. Ainsi, faisant suite aux travaux du Comité statistique de l'OSFQ, un comité statistique élargi a été mis en place en février 2015 afin de recueillir les réflexions de différents acteurs et structures (SF, RSSF, représentante des intérêts des usagères, représentantes des intérêts des SF, chercheurs) afin de mettre sur pied un outil pertinent et fiable qui comble les intérêts et besoins de chacun.

L'absence de données portant spécifiquement sur la morbidité périnatale n'a pas permis au Comité de procéder à une analyse plus approfondie. De plus, l'absence d'un comité d'experts multidisciplinaire ne permet pas au Comité de se prononcer sur le caractère inévitable ou non des décès.

Recommandations

- Informer les nouvelles candidates à la profession des mandats du CÉEMMP, de l'obligation de déclarer les décès périnataux, de la nature des données colligées et du processus de collecte de données, via le formulaire de déclaration.
- Réitérer à l'ensemble des sages-femmes l'obligation de déclarer les décès de nouveau-nés pesant 500 g et plus et ce, jusqu'à 28 jours de vie ainsi que la nécessité, dans tous les cas de mortalité périnatale, de bien documenter au dossier de la mère les informations suivantes :
les contacts téléphoniques ou autres qui ont précédé l'admission de la cliente en travail ou l'arrivée de la SF au domicile, l'heure et la date du début du travail actif, le transfert de soins à un médecin s'il y a lieu, la raison du transfert, le lieu de naissance, la présence de signes de vie ou non au dégainement, le poids, le sexe, la présence de malformations visibles, la date et l'heure du décès ainsi que de la naissance.
- Dans l'attente des recommandations du comité statistique élargi, rappeler à l'ensemble des RSSF au Québec la nécessité de colliger uniformément et en conformité avec le document *Dénominateur* (annexe V) le nombre de suivis complets de grossesse déclarés à l'OSFQ, et s'assurer que les RSSF :
 - compilent systématiquement au nombre de suivis annuel tous les transferts de soins à un médecin entre la 20^e et 27^e semaine de grossesse;^o
 - incluent le nombre de mortinaissances au nombre de suivis complets déclarés;

^o L'issue des grossesses pourra être obtenue par le croisement des données SF et des données des médecins à l'aide du fichier MED-ECHO.

- incluent distinctement le nombre de décès néonataux précoces et le nombre de décès néonataux tardifs au nombre de suivis complets.
- Aviser le CSF de chaque établissement de l'obligation de procéder à l'étude des situations de décès et dégager s'il y a lieu des recommandations.
- Transmettre à l'ensemble des sages-femmes les résultats et recommandations du présent bilan.

5.2. Deuxième objectif : Comparer la mortalité périnatale et néonatale survenue dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2012 à celle de l'expérimentation de la pratique sage-femme dans le cadre des projets pilotes SF (1994-1998), celle du premier bilan (1998-2003), celle du deuxième bilan (2004-2008) et à l'ensemble du Québec pour la même période.

L'analyse de la mortalité périnatale de la période 2008-2012 révèle une seule différence significative, lorsque comparée avec les périodes précédentes : l'augmentation du taux, qui passe de 2,56/1000 (IC 95 % : 1,27-3,85) en 2004-2008, à 4,89/1000 (IC 95 % : 3,43-6,35) en 2008-2012, soit un ratio de 1,91 (IC 95 % : 1,04-3,70); $p=0,03$ (tableau 4).

En approfondissant l'analyse, nous pouvons observer que le taux de mortinaissance augmente de façon significative au cours de la période à l'étude (2008-2012) par rapport à la période 2004-2008, passant de 2,05/1000 (IC 95 % : 0,89-3,21) à 4,55/1000 (IC 95 % : 3,14-5,96), soit un ratio de 2,22 (IC 95 % : 1,14-4,7); $p=0,01$. Cette augmentation est également observable au cours de l'ensemble de la période 1998-2008, puisque ce taux passe de 2,47/1000 (IC 95 % : 1,56-3,38) à 4,55/1000 (IC 95 % : 3,14-5,96), soit un ratio de 1,85 (IC 95 % : 1,11-3,1); $p=0,01$.

La tendance qui semble se dégager est une augmentation des mortinaissances, qu'elles soient antepartum ou intrapartum. Cette tendance ne semble pas être spécifique à la pratique des SF du Québec puisque plusieurs pays, dont le Canada (8,9), constatent une augmentation récente du taux de mortinaissances. En parallèle, les décès néonataux précoces semblent diminuer (10).

Le rapport sur les indicateurs de la santé périnatale au Canada en 2013 démontre que la tendance de diminution du taux de mortinaissance relevée entre 2002 et 2006 s'est inversée depuis 2007, enregistrant ainsi une nouvelle hausse (9). Cette inversion de tendance est également observable dans d'autres pays (10) et serait attribuable à un nombre croissant d'interruptions de grossesse tardives (9,10). Néanmoins, contrairement à l'augmentation du taux de mortinaissance observé au Canada, le taux de mortinaissance pour l'ensemble du Québec est demeuré relativement stable depuis 2002, soit 4,1 /1000 naissances (1998-2003), 4,1 /1000 naissances (2004-2008) et 4,3 /1000 naissances (2008-2011).

Si nous considérons les données présentées sur l'ensemble de la mortalité périnatale dans la pratique sage-femme entre 2008 et 2012, la part des malformations ou anomalies chromosomiques détectées varie peu, passant de 3 cas/15 en 2004-2008 à 10 cas/43 décès périnataux en 2008-2012. Il est important de souligner que les cas de mortalité périnatale répertoriés dans ce rapport incluent les transferts de la responsabilité clinique des soins de la sage-femme à un médecin tel que défini par la Loi sur les sages-femmes (11). Une analyse plus approfondie de chacun des dossiers par un comité multidisciplinaire pourrait permettre de fournir un éclairage sur qualité des soins prodigués par les divers intervenants lors de cette période intensive de soins.

Le déploiement du Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 permet aux femmes enceintes et aux couples du Québec d'avoir accès à un test de dépistage prénatal de la trisomie 21 (12). Ce test, couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, ainsi que l'échographie permettent la détection précoce d'anomalies chez le fœtus. Une des particularités de la pratique des SF au Québec consiste à permettre aux femmes enceintes de faire des choix éclairés relatifs aux tests de dépistage et aux interventions. Ainsi, le choix des femmes influence le recours aux différents moyens de dépistage ainsi que les moyens de suivi des anomalies proposés par des sages-femmes. Lorsqu'on compare la période couverte par le présent bilan aux bilans 1 et 2, les chiffres révèlent qu'un nombre accru de femmes enceintes suivies par les sages-femmes ont choisi d'avoir recours au dépistage prénatal et à des interruptions médicales de grossesse (IMG). De plus, comme mentionné auparavant il est possible que les cas de malformations soient sous-estimés ou surestimés^p.

Depuis la période des projets pilotes, le nombre de femmes ayant opté pour les services de sage-femme pour leur suivi périnatal a triplé (13). La diversification de la clientèle suivie par les sages-femmes pourrait avoir contribué à l'accroissement du taux de mortinaissance observé. À cet égard, des études ont démontré des relations entre des conditions de vie (niveau de stress élevé, alimentation inadéquate, sédentarité, faible revenu, etc.) et les issues défavorables de grossesses (14,15).

L'augmentation du nombre de grossesses à un âge maternel plus avancé ainsi que le recours plus fréquent aux techniques de procréation médicalement assistée seraient également associées aux issues défavorables de grossesses (16). L'accessibilité à des données sur les caractéristiques de la clientèle desservie par les SF pourrait contribuer à améliorer notre compréhension de l'évolution du taux de mortinaissances. Néanmoins, nous ne disposons d'aucune donnée fiable qui pourrait nous renseigner sur les caractéristiques de la clientèle ayant opté pour les services de sage-femme (7).

Nous avons fait le choix d'intégrer au sein de nos comparaisons la période des projets pilotes (1994-1998) aux périodes subséquentes (1998-2003, 2004-2008 et 2008-2012). En effet, cette période possède des caractéristiques propres au processus d'intégration d'une nouvelle profession, celle de sage-femme, au réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Les auteurs du rapport d'évaluation des projets pilotes de la pratique SF au Québec ont indiqué que les données dont ils disposaient concernant les mortinaissances (5,6/1000) soulevaient des questions quant à la sécurité d'un suivi prénatal par une SF dans une population de femmes enceintes à faible risque (12).

En raison d'un problème d'échantillonnage et de la fréquence relativement rare de la mortinaissance, il n'était pas possible de déterminer si cette observation était réelle ou s'il s'agissait d'un phénomène aléatoire (12). Nous ne disposons pas du nombre de malformations (et de leur distribution par type de décès) parmi les 20 cas de mortalité périnatale répertoriés durant la période des projets pilotes (1994-1998).

Toutefois, sur l'ensemble de la période 1998-2012, le taux de mortinaissance, de 3,38/1000 (IC 95 % : 2,58-4,18), est significativement plus bas que celui de la période des projets pilotes 1994-1998, de 5,62/1000 IC 95 % (3,09-8,15). Le ratio est de 0,60 (IC 95 % : 0,36-1,1); $p=0,05$ (tableau 4 et graphique 5).

^p Cette information est limitée à celle contenue dans le dossier tenu par les sages-femmes et, lorsque disponible, dans les dossiers obstétricaux. Pour posséder des données exhaustives sur le sujet, il aurait fallu que l'ensemble des mortinaissances fasse l'objet d'autopsies.

L'analyse du taux de mortalité néonatale précoce révèle une tendance à la diminution lorsque l'on compare les périodes 2008-2012 et 1998-2003. La valeur p du test ($p=0,052$) étant légèrement au-dessus du seuil de 0.05, nous ne pouvons cependant pas conclure à une différence statistiquement significative. Le taux passe ainsi de 1,28/1000 (IC 95 % : 0,33-2,23) à 0,34/1000 (IC 95 % : 0,00-0,73), soit un ratio de 0,27.

Cette tendance pourrait s'expliquer par davantage de détections in utero de malformations et anomalies congénitales (9).

Ensemble du Québec

Les taux pour le Québec ont été obtenus à partir des données de l'Institut de la Statistique du Québec (17). Ces derniers tiennent compte des mortinaissances survenues dans le cadre de l'exercice de l'obstétrique au Québec, incluant les transferts effectués par les SF à un médecin ainsi que les mortinaissances et décès périnataux consécutifs à des malformations majeures ou des anomalies chromosomiques. Il n'est pas possible de déterminer si les mortinaissances pour l'ensemble du Québec ont eu lieu en antepartum ou en cours de travail, car cette information n'est pas disponible.

Pour la période d'exercice SF 2008-2012 (4,89/1000) tout comme pour la période 1998-2012 (4,02/1000), le taux de mortalité périnatale établi est inférieur aux taux moyens enregistrés pour la province du Québec, respectivement de 7,2/1000 et 7,1/1000. Pour la période 2008-2012, le ratio est de 0,68 (IC 95 % : 0,49-0,92; $p=0,01$); quant à la période 1998-2012, le ratio est de 0,56 (IC 95 % : 0,44-0,70; $p<0,001$).

De façon générale, les résultats concernant le taux de mortinaissance ne font pas ressortir de différence statistiquement significative. Ce taux parmi les suivis SF (3,38/1000) est néanmoins inférieur à celui recueilli dans l'ensemble du Québec (4,2/1000) pour la période 1998-2012.

Toutefois, notons que durant la période 2008-2012, la tendance s'inverse puisque le taux de mortinaissance avec suivi SF (4,55/1000) est légèrement supérieur à celui relevé sur l'ensemble de la province québécoise (4,3/1000). Bien qu'il ne soit pas statistiquement significatif, ce résultat est inattendu puisque le champ de pratique des sages-femmes exclut les suivis de grossesses et accouchements à risque élevé. Il est possible comme mentionné auparavant que le dénominateur utilisé pour le calcul des taux soit légèrement inférieur à ce qu'il est réellement, entraînant ainsi une légère surestimation des taux calculés.⁹

Il semblerait que la recrudescence de cas de malformations/anomalies comptabilisés soit une tendance nouvelle et marquée au sein des mortinaissances antepartum de la pratique SF au Québec. Les 6 interruptions médicales de grossesse (IMG) ayant été pratiquées au cours de la période 2008-2012 témoignent d'un changement dans les pratiques et/ou dans les caractéristiques de la clientèle par rapport à la période 2004-2008 (durant laquelle aucune IMG n'a été répertoriée) et par rapport à la période 1998-2003 (durant laquelle une seule IMG avait été rapportée).

⁹ Cet ajustement systématique est cependant réalisé depuis 1998, ce qui rend les comparaisons possibles dans l'évolution de la pratique SF en tant que telle, puisque le procédé reste le même; ce n'est que lorsque la comparaison est réalisée avec des données extérieures (par exemple celles issues de l'ensemble du Québec) qu'il faut se souvenir de cet ajustement, aux fins d'interprétation et de biais potentiels.

La tendance observée dans les bilans précédents se maintient pour la période 2008-2012 : le taux de mortalité néonatale précoce avec suivi SF, de 0,34/1000 (IC 95 % : 0,00-0,73), demeure significativement plus bas que celui de l'ensemble du Québec, de 2,9/1000, pour 2008 et 2011. Soit un ratio de 0,12 (IC 95 % : 0,024-0,34 ; $p < 0,001$).

Cette tendance est également observable sur la période 1998-2012, avec un taux de 0,65/1000 (IC 95 % : 0,30-1,00) significativement inférieur à celui de l'ensemble du Québec pour 1998-2011, de 3,0/1000. Soit un ratio de 0,22 (IC 95 % : 0,12-0,37); $p < 0,001$.

Exception faite du taux de mortinaissance 2008-2012, les taux de mortalité obtenus sont en général inférieurs pour les clientes suivies par des sages-femmes comparativement aux clientes suivies par des médecins. Toutefois, ce résultat était attendu puisque les sages-femmes au Québec assurent le suivi de grossesses à bas risque^r, alors que les médecins accueillent toutes les clientèles, qu'elles soient à faible risque ou à risque élevé.

Étant dédiée aux grossesses sans complications et en conformité avec la philosophie SF qui prône le respect des processus physiologiques de la grossesse et de l'accouchement, la pratique des SF québécoises révèle des particularités dont notamment l'auscultation intermittente systématique en travail tel que recommandé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada pour les femmes en santé à terme en travail spontané et en l'absence de facteurs de risque d'issue périnatale indésirable (18). De plus, les d'accouchements vaginal après une césarienne (AVAC) et les accouchements à plus de 41 semaines de gestation semblent plus fréquents que ce qui est observé dans la pratique des suivis sous la responsabilité des médecins. Par conséquent, afin de dégager des résultats propres à la pratique des SF québécoises, un comité statistique élargi a été mis en place en février 2015 pour élaborer un système de compilation de données. Ce dernier devrait permettre d'une part de refléter les spécificités de la pratique SF, et d'autre part (et s'il y a lieu) il octroierait au CÉEMMP la possibilité de mettre en lien ces pratiques aux résultats obtenus.

Recommandations

- Élaborer, par l'entremise du comité statistique élargi, l'implantation d'un système de compilation de données propre aux spécificités de la pratique SF québécoise. Compiler notamment le nombre d'accouchements vaginal après une césarienne (AVAC) ainsi que le nombre d'accouchements à 41 semaines et plus (afin de comparer l'auscultation intermittente versus le monitoring foetal continu) dans le but de dégager, s'il y a lieu, des résultats.

5.3. Troisième objectif : Comparer les taux obtenus dans le présent bilan avec ceux d'autres pratiques sages-femmes similaires.

Le Comité a tenté, par l'entremise de l'OSFQ, d'obtenir des données sur la mortalité dans l'exercice sage-femme dans les autres provinces canadiennes, nommément l'Ontario et la Colombie-Britannique. Les données exhaustives sur la mortalité périnatale au sein de la clientèle suivie par des sages-femmes n'étaient pas disponibles dans ces provinces.

^r Le Règlement sur les risques obstétricaux encadre de façon très précise le concept de femmes à bas risque. Gouvernement du Québec. *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin* ⁷.

Les systèmes de collecte de données utilisés par les sages-femmes des États-Unis, de la Hollande, d'Australie et de la Nouvelle-Zélande ont également été examinés afin de pouvoir effectuer des comparaisons internationales (19). Cependant, les études recensées comparaient le taux de mortalité périnatale des accouchements assistés par les sages-femmes à ceux assistés par les médecins, ou encore comparaient les résultats d'accouchements à bas risque assistés par des sages-femmes selon différents lieux, soit le domicile ou le centre hospitalier (20,21,22,23). En raison de l'hétérogénéité des aspects étudiés, il nous a été impossible de comparer nos résultats avec ceux de données SF similaires provenant des autres provinces ou d'autres pays. Par ailleurs, pour la majeure partie du Canada, la définition de mortinaissance regroupe deux critères : les mortinaissances dont la gestation atteint ou dépasse 20 semaines ou un poids de naissance de 500 grammes et plus (14). Au Québec, seul le critère du poids à la naissance s'applique (14). Pour toutes ces raisons, il nous a été impossible de comparer la mortalité périnatale dans la pratique sage-femme au Québec avec celle obtenue dans ces deux provinces.

Au cours de l'année 2011-2012, une subvention de l'Agence de la santé publique du Canada a permis à un groupe de chercheuses sages-femmes de déterminer, par consensus auprès des différentes organisations SF canadiennes et auprès de SF canadiennes, l'ensemble des variables qui devraient être incluses dans un ensemble de données minimales sur la pratique des sages-femmes canadiennes (19).

Recommandations

Le comité statistique élargi doit poursuivre ses travaux sur l'évaluation de la mise en place d'une collecte de données spécifiques à la pratique des sages-femmes. Cette collecte devrait permettre : i) de compiler des données homogènes sur la morbidité périnatale ainsi que sur les spécificités d'un suivi SF; ii) de compiler des données relatives aux effets d'un suivi SF et non uniquement aux effets d'un accouchement sous la responsabilité d'une SF; iii) de comparer la pratique des SF québécoises à la pratique des SF canadiennes et de contribuer à l'ensemble des données SF canadiennes.

Lorsque disponibles, les données relatives à la mortalité périnatale dans l'exercice sage-femme pour la population du Grand Nord québécois devraient être considérées de manière distincte.

Le comité statistique élargi doit poursuivre ses travaux d'évaluation afin de déterminer et déterminer dans quelle mesure ces variables pourraient être intégrées à une collecte de données SF québécoise.

6. CONCLUSION

La mortalité périnatale est l'un des indicateurs de santé utilisés dans le domaine de la périnatalité, notamment, pour évaluer la qualité des soins offerts par les professionnels de la santé. Le bilan de quatorze années de la pratique des SF québécoises, suivant les projets pilotes et la légalisation de la pratique sage-femme, révèle un taux global de mortalité périnatale de 4,89/1000 naissances avec une distribution de 4,55/1000 pour les taux de mortinaissance et de 0,34/1000 pour la mortalité néonatale précoce dans l'ensemble de la pratique sage-femme, et sans égard à la survenue d'un transfert de soins de la SF à un médecin lors de la période périnatale, que l'accoucheur ait été la SF ou le médecin.

Les faits notables du présent bilan 2008-2012 concernent l'augmentation du taux de mortinaissance par rapport aux précédents bilans, alors que le taux de décès néonataux précoces reste faible. Une nouvelle tendance se dessine en parallèle à cette augmentation : l'augmentation de cas de malformations et anomalies chromosomiques (et du recours aux IMG), particulièrement en lien avec les mortinaissances antepartum.

Cette tendance semble également observable au sein de l'ensemble du Canada et d'autres pays.

Cela justifie d'autant plus de poursuivre l'élaboration et l'évaluation d'outils qui traduiront de manière fiable, homogène et réaliste les caractéristiques de la pratique sage-femme au Québec, à la fois dans une optique d'amélioration des soins offerts par les sages-femmes, mais aussi afin de pouvoir procéder à des comparaisons avec d'autres modèles de soins périnataux.

Références

- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2008). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe. 10^e rév. Genève : OMS.
- Conseil d'évaluation des technologies de la santé (1999). Les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec. (CETS 99-3). Montréal: CETS, xiv-62p.
- Colton T. (1974) Statistics in medicine. Boston: Little, Brown.
- Morris JA, Gardner MJ (1988). Calculating confidence intervals for relative risks (odds ratios) and standardised ratios and rates. *BMJ*; 296(7): 1313-1316.
- Ordre des sages-femmes du Québec (2013). Bilan sur la mortalité périnatale et maternelle; 1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2008. Montréal : Ordre des sages-femmes du Québec. Comité d'étude et d'enquête sur la morbidité et mortalité périnatale.
- Politique de périnatalité 2008-2018, Santé et Services sociaux du Québec. Disponible à partir de : http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Politique_de_perinatalite_2008-2018.pdf, page 137.
- Paquet C, Contandriopoulos D, Blais R. (2013) Optimiser la participation des sages-femmes à un système de données périnatales provinciales : pistes de réflexion. *CJMRP*; 12(3) :9-13.
- Agence de la santé publique du Canada (2012), Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2011, Ottawa, 2012.
- Agence de la santé publique du Canada (2013), Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013, Ottawa, 2013.
- Joseph KS, Kinniburgh B, Hutcheon JA, Mehrabadi A, Basso M, Davies C, Lee L. Determinants of increases in stillbirth rates from 2000 to 2010. *CMAJ* 2013;185(8):E345-E351.
- Règlement sur les dossiers et le cabinet de consultation d'une sage-femme, Chapitre C-26, r.155.3 (à jour 1^{er} août 2015) Disponible à partir de : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/S_0_1/SO_1R4.HTM
- Santé et services sociaux du Québec, Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21. Disponible à partir de : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/depistage-prenatal/index.php?accueil>
- Blais, R., Joubert, P. et al. (1997). L'Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. Rapport de recherche R97-08. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Montréal; Université de Montréal.
- Picone, T. A., Allen, L. H., Schramm, M. M., & Olsen, P. N. (1982). Pregnancy outcome in North American women. I. Effects of diet, cigarette smoking, and psychological stress on maternal weight gain. *AJCN*, 36(6), 1205-1213.
- Agence de la santé publique du Canada (2008). Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008, Ottawa.
- Cartier, L., & CCGC, M. Q. (2012). Report de la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can*, 34(1), S1-S17.

- Institut de la statistique du Québec. Banque de données des statistiques officielles sur le Québec : taux de mortinatalité, de mortalité périnatale, et de mortalité néonatale précoce. (mise à jour 6 mai 2014). Disponible à partir de :
http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERNPUBG3856660493010EaKh&p_lang=1&P_M_O=ISQ&P_ID_RAPRT=804 Consulté en ligne le 11 mai 2015.
- Liston, R., Sawchuck, D., & Young, D. (2007). Comité sur le consensus en matière de surveillance du bien-être fœtal de la SOGC. «Directive clinique de consensus: Surveillance du bien-être fœtal: Antepartum et intrapartum. Directive clinique de la SOGC n 197, septembre 2007». *J Obstet Gynaecol Can*, 29(suppl 4), S1-S58.
- Darling, L., Hutton, E.K, O'Brien, B., Paquet, C., Robinson, K., Vedam, S., Van Wagner, V. Canadian Minimum Midwifery Dataset Steering Committee. Goals, objectives and guiding principles. Nov. 2011.
- Hutton, E., Reitsma, K., A. H., Kaufman, K. (2009). "Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study." *Birth* 36(3): 180-189.
- Janssen, PA., Lee, SK., Ryan, EM., Etches, DJ., Farquharson, DF., Peacock, D., et al. (2002). "Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia." *CAMJ* 166(3): 315-323.
- Janssen, PA., Ryan, EM., Etches, DJ., Klein, MC., Reime, B. (2007). "Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia." *Birth* 34(2): 140-147.
- Janssen, PA., Saxell, L., Page, LA., Klein, MC., Liston, RM., Lee, SK. (2009). "Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician." *CMAJ* 181(6-7): 377-383.

ANNEXES

ANNEXE I

LES MANDATS DU CÉEMMP DE L'OSFQ

Les mandats du Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et morbidité périnatales (CÉEMMP)

(Voir résolution 9.5.1)

Mandats :

- Recueillir toute information pertinente et compiler les données nécessaires advenant la mortalité ou la morbidité périnatale.
- Remettre au Conseil d'administration (CA), au terme de son enquête, ses commentaires ou toute recommandation visant l'amélioration de la pratique.

Fonctions :

- Les membres évaluent les cas de mortalité et de morbidité périnatale sur demande du CA.
- Les membres peuvent prendre connaissance d'un dossier tenu par la sage-femme, requérir la remise de tout document et prendre copie de tel dossier ou document dans l'exercice de leurs fonctions.
- Avec le consentement de la bénéficiaire, les membres du comité peuvent prendre connaissance du dossier médical au besoin.
- La présidente du comité établit les liens nécessaires avec le comité de mortalité et morbidité du Collège des médecins.
- Les membres du comité préparent et proposent au CA leurs rapports.

Procédure :

- Le CÉEMMP est composé de quatre sages-femmes.
- Les membres du comité sont nommées par le CA.
- La durée du mandat des membres du CÉEMMP est de deux ans et peut être renouvelée.
- Les membres prêtent serment avant leur entrée en fonction.
- Le comité se réunit deux fois par année ou plus, selon les besoins. Pour chacune des réunions, la présidente avise la direction générale de l'OSFQ.
- Pour les dépenses liées à la participation au comité : voir la politique de l'OSFQ sur les remboursements des frais encourus.
- La direction générale de l'OSFQ fait le lien entre le CA et la présidente du comité.

ANNEXE II

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA MORTALITÉ PÉRINATALE



Ordre
des Sages-Femmes
du Québec

MAISON DE NAISSANCE : _____

No DE DOSSIER
MATERNEL : _____ DATE DU RAPPORT : ____/____/____ INITIALES SF : _____
Année mois jour

DÉCLARATION D'UN DÉCÈS PÉRINATAL – 500 G ET PLUS

Une déclaration doit être rédigée par la sage-femme pour :

- chaque mort-né constaté par la sage-femme ou par un autre professionnel, dans la mesure où la sage-femme assurait le suivi de la mère.
- chaque nouveau-né décédé avant l'âge de 28 jours, dans la mesure où la sage-femme était responsable des soins de la mère.

Cette déclaration doit être postée à l'attention de :

Secrétaire du Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité et la morbidité périnatales (CÉEMMP)
Ordre des sages-femmes du Québec
300 – 4126, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2W 2M5

IDENTIFICATION

Nom à la naissance et prénom de la mère : _____

Nom et prénom du père de l'enfant : _____

Date de naissance de la mère : an ____/mois ____/jour ____

Nom de la municipalité où réside la mère : _____

N° du dossier de la mère : _____

GROSSESSE

Nombre de grossesses antérieures (incluant celle-ci) :

G ____ T ____ P ____ A ____ V ____

Gravida Terme Prématuré Avortement Vivant

Date de la dernière menstruation : an ____/mois ____/jour ____

Date prévue de l'accouchement : an ____/mois ____/jour ____

Échographie avant 20 semaines : ☐ Inconnu ☐ Non ☐ Oui

Échographie (s) après 20 semaines : ☐ Inconnu ☐ Non ☐ Oui _____
(Indiquez le nombre)

Anomalies morphologiques détectées : _____

Les examens suivants ont-ils été prescrits par la sage-femme? :

NST (test de réactivité fœtale ou *non stress test*) : ☐ Non ☐ Oui

Sous quelle(s) indication(s) : _____
(Spécifiez)

PBP (profil biophysique) : ☐ Non ☐ Oui

Sous quelle(s) indication(s) : _____
(Spécifiez)



N° DE DOSSIER : _____

INITIALES SF : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉCÈS FŒTAL OU NÉONATAL

Date de l'accouchement : an ____ / mois ____ / jour ____ Heure de la naissance : ____ : ____

Date du constat de décès : an ____ / mois ____ / jour ____

Sexe de l'enfant décédé : ☐ masculin ☐ féminin ☐ indéterminé

Poids à la naissance : _____ (en grammes)

Naissance : ☐ unique ☐ 1^{er} jumeau ☐ 2^e jumeau

Malformations congénitales visibles : ☐ Non ☐ Oui

Décrire brièvement : _____

Les parents ont consenti à une autopsie : ☐ Non ☐ Oui

Premier cœur fœtal négatif :

☐ N/A (non applicable)

☐ Période prénatale an ____ / mois ____ / jour ____ _____ semaines
(en dehors du travail) Gestation

☐ Au cours du travail an ____ / mois ____ / jour ____ _____ : ____ _____ semaines
Heure Gestation

Le transfert initial de la mère et/ou du nouveau-né a été effectué à la période :

☐ Prénatale : an ____ / mois ____ / jour ____ _____ : ____ _____
Heure Nom de l'établissement

☐ Périnatale : an ____ / mois ____ / jour ____ _____ : ____ _____
Heure Nom de l'établissement

☐ Postnatale : an ____ / mois ____ / jour ____ _____ : ____ _____
Heure Nom de l'établissement

Lieu où s'est déroulé le travail :

☐ Maison de naissance

☐ Domicile

☐ Centre hospitalier

☐ Autre : _____

Qui était responsable des soins à l'accouchement?

☐ Sage-femme

☐ Omnipraticien

☐ Obstétricien-gynécologue

☐ Autre : _____
(spécifiez)

Lieu où est survenue la naissance :

☐ Maison de naissance

☐ Domicile

☐ En route

☐ Centre hospitalier



N° DE DOSSIER : _____

INITIALES SF : _____

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

*Cette section est à remplir lorsque le décès est survenu
en cours de travail ou après la naissance de l'enfant*

DURÉE DU TRAVAIL

1^{er} STADE

DATE DU DÉBUT

HEURE DU DÉBUT

DURÉE

Phase de latence

/ /
an / mois / jour

:
hr : min

:
hr : min

Phase active du travail
(contractions régulières, 4cm à 10cm)

/ /
an / mois / jour

:
hr : min

:
hr : min

2^e STADE

(10 cm à l'expulsion complète de l'enfant)

/ /
an / mois / jour

:
hr : min

:
hr : min

RUPTURE DES MEMBRANES

/ /
an / mois / jour

:
hr : min

:
hr : min

	1 minute	5 minutes	10 minutes
APGAR			
	10	10	10

Assistance ventilatoire avec pression positive du nouveau-né :

☐ Non

☐ Oui

☐ avant 2 minutes de vie

☐ au-delà 2 minutes de vie

COMPLICATIONS

- ☐ Sièg non diagnostiqué
- ☐ Jumeaux non diagnostiqués
- ☐ Dystocie des épaules
- ☐ Anomalies du cœur fœtal
- ☐ Liquide amniotique teinté ou méconial
- ☐ Fièvre maternelle (T° + 37.5 C)
- ☐ Procidence du cordon
- ☐ Multiples circulaires du cordon
- ☐ Hémorragie précédant la naissance
- ☐ Réanimation néonatale
- ☐ Postérieure persistante
- ☐ Autre _____

PRÉSENTATION

- ☐ Céphalique
- ☐ Sièg
- ☐ Autre _____
- ☐ Inconnue

MODE D'ACCOUCHEMENT

- ☐ Vaginal spontané
- ☐ Vaginal assisté (ventouse ou forceps)
- ☐ Césarienne d'urgence
- ☐ Césarienne planifiée
- ☐ Épisiotomie

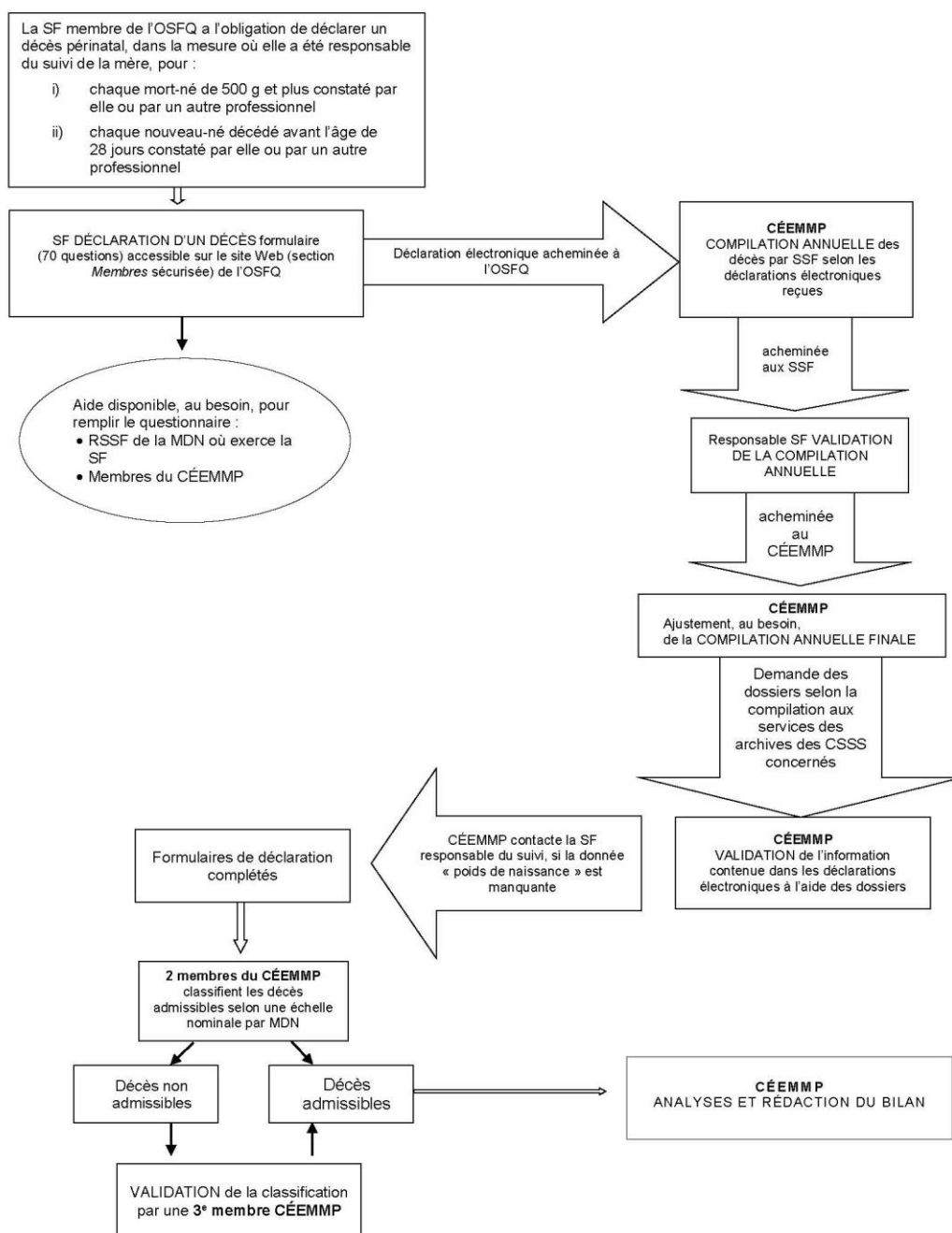
CE FORMULAIRE EST À TRANSMETTRE À L'ORDRE DES SAGES FEMMES À L'ATTENTION DU CÉEMMP, PAR
LES MÉTHODES SUIVANTES UNIQUEMENT :

- PAR COURRIEL : info@osfq.org
- PAR TÉLÉCOPIEUR : (514) 286-0008

ANNEXE III

ORGANIGRAMME : COLLECTE ET VALIDATION DES DONNÉES

Organigramme Collecte et validation des données



ANNEXE IV

LISTE DES DOCUMENTS DEMANDÉS AU SERVICE DES ARCHIVES

Liste des documents demandés au service des archives

Dossier obstétrical provincial

- AH-266-5
- AH-267-6
- AH-268-7
- AH-269-8
- AH-270-8 Évolution du travail
- AH-272-6 Évaluation du nouveau-né et évolution de la mère
- AH- 271-9 Courbe de Friedmann
- AH-285-0 EXAMEN OBJECTIF DU NOUVEAU-NÉ
- AH-225-2 ou retour de notes d'un consultant
- AH-253-4 Notes d'évolution

Dossier pratique sage-femme (DPSF)

- Grossesse en cours : p.1 et 2
- Information de base : p.1, 2, 3, 4
- Accouchement Bilan : p.1, 2, 3
- Nouveau-né : p.1
- Notes relatives à une éventuelle réanimation néonatale
- Notes d'accompagnement de transfert en CH

Retour d'information écrite suite à une consultation médicale.

Retour d'information du CH suite à un transfert de soins.

Copies d'examens

- Comptes rendus de toutes les échographies, amniocentèse, enregistrements ou examens effectués pendant la grossesse dans le but d'évaluer le fœtus.
- Rapport d'autopsie lorsque disponible au dossier de la sage-femme.

Dans les situations de décès périnatal nouveau-né, la copie complète du dossier du nouveau-né est requise. Le numéro du dossier de l'enfant pourrait toutefois ne pas être indiqué sur la lettre du Comité.

Dans la mesure où les formulaires désignés plus haut ne seraient pas utilisés par les sages-femmes dans votre établissement, nous vous demandons de nous faire parvenir une copie des écrits relatifs aux éléments suivants du dossier :

- Notes relatives au suivi de la grossesse par la sage-femme incluant les consultations médicales effectuées;
- Notes relatives au suivi du travail et de l'accouchement;
- Notes relatives à la prise en charge du nouveau-né à la naissance;
- Comptes rendus d'examen effectués dans le but d'évaluer la vitalité fœtale;
- Rapports écrits ayant fait suite à la prise en charge hospitalière dont s'il y a lieu le rapport d'autopsie.

Les copies de pièces du dossier seront postées à l'adresse suivante :

Secrétaire du CÉEMMP
Ordre des sages-femmes du Québec
300 - 4126, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2W 2M5

ANNEXE V

DÉFINITIONS UTILISÉES POUR LE CLASSEMENT DES DÉCÈS SELON L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

Définitions utilisées pour le classement des décès selon l'Organisation mondiale de la Santé (16)

Définitions utilisées pour le classement des décès

Mortinaissance :	tout produit de conception pesant 500g et plus qui, après l'expulsion complète, ne présente aucun signe de vie
Mortinaissance :	décès intra-utérin avant l'expulsion complète
	antepartum : avant le début du travail
	intrapartum : au cours du travail
Décès néonatal :	décès d'un nouveau-né survenant avant le 28 ^e jour de vie révolu (< 672 heures après la naissance)
	précoce : avant le 7 ^e jour de vie révolu (< 168 heures)
	tardif : entre le 8 ^e jour de vie et le 28 ^e jour de vie révolu
Décès périnatal :	décès comprenant les mortinaissances et les décès néonataux précoces
Naissances totales : ¹	toutes les naissances vivantes plus les mortinaissances
Taux de mortalité néonatale :	nombre de décès néonataux pour 1000 naissances vivantes
	précoce : avant le 7 ^e jour de vie révolu (< 168 heures)
	tardif : entre le 8 ^e jour de vie et le 28 ^e jour de vie révolu
Taux de mortinaissance :	nombre de mortinaissances pour 1000 naissances totales (vivantes+ mort-nés)
Taux de mortalité périnatale :	nombre global de mortinaissances et de décès néonataux précoces pour 1000 naissances totales (vivantes+ mort-nés)

Les statistiques rapportées incluent les malformations congénitales

Tableau résumé

Masse à la naissance	499 g et moins	500 g et plus		
Moment du décès	Avant ou après la naissance	Avant la naissance	0-7 jours	8-28 jours
Terminologie	Avortement	Mortinaissance	Décès néonatal précoce	Décès néonatal tardif
		Décès périnatal		
			Décès néonatal	

ANNEXE VI

DÉFINITIONS DU NUMÉRATEUR ET DU DÉNOMINATEUR POUR CALCULER LES TAUX

Définitions du numérateur et du dénominateur pour calculer les taux

Le numérateur

Décès périnatal survenu dans le cadre d'un suivi SF et lorsque la naissance a été assistée :

- par une SF (sans égard au lieu de naissance);
- par le père ou un autre professionnel (excluant la SF et le médecin);
- par un médecin lorsqu'il s'agit d'un transfert périnatal initié par une sage-femme.

Décès périnatal survenu dans le cadre d'un suivi débuté par une sage-femme et lorsque la naissance a été assistée par un médecin (ou la SF) :

- lorsqu'il y a eu transfert prénatal initié par une sage-femme entre 20 et 28 semaines de grossesse;
- lorsqu'il y a eu transfert prénatal initié par une sage-femme entre 28 et 35 semaines de grossesse;
- lorsqu'il y a eu transfert prénatal initié par une sage-femme après 35 semaines de grossesse.

Le dénominateur

Naissances assistées par :

- la SF (sans égard au lieu d'accouchement);
- le père ou un autre professionnel (excluant SF et médecin), lorsque celle-ci était suivie par une sage-femme;
- un médecin lorsqu'il s'agit d'un transfert périnatal initié par une sage-femme;
- un médecin lorsqu'il y a eu transfert prénatal initié par une sage-femme entre 20 et 28 semaines de grossesse;
- un médecin lorsqu'il y a eu transfert prénatal initié par une sage-femme entre 28 et 35 semaines de grossesse;
- un médecin lorsqu'il y a eu transfert prénatal initié par une sage-femme après 35 semaines de grossesse.

ANNEXE VII

RÉPARTITION DE LA MORTALITÉ NÉONATALE SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE, POUR L'ENSEMBLE DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU QUÉBEC 1998-2012

Répartition de la mortalité néonatale selon la durée de la grossesse, pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1998-2012

Durée de la grossesse (en SA)	Nombre de décès 30 août 1998 au 31 décembre 2003		Nombre de décès 1 ^{er} janvier 2004 au 31 mars 2008		Nombre de décès 1 ^{er} avril 2008 au 31 mars 2012		Total des décès néonataux INCLUANT les malformations ou anomalies chromosomiques		Total des décès néonataux EXCLUANT les malformations ou anomalies chromosomiques	
	Précoce	Tardif	Précoce	Tardif	Précoce	Tardif	Précoce	Tardif	Précoce	Tardif
<24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-27	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0
28-30	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1
31-33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34-36	2	0	0	0	1	0	3	0	1	0
37-39	2	0	1	1	1	1	4	2	3	1
40-40+6	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0
41-41+6	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1
42 et plus	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0
Total	7	1	3	3	3	1	13	5	6	3

Décès néonatal précoce : avant le 7^e jour de vie révolu (< 168 heures)

Décès néonatal tardif : entre le 8^e jour de vie et le 28^e jour de vie révolu, ils sont exclus
du calcul des taux de mortalité périnatale

ANNEXE VIII

COMITÉ STATISTIQUE DE L'OSFQ

Comité statistique de l'OSFQ

Mandats du comité

1. Définir les données nécessaires à recueillir pour documenter la pratique des sages-femmes adéquatement.
2. Déterminer et mettre en place un moyen efficace pour la collecte des données SF.
3. Faire un rapport au conseil d'administration de l'avancement des travaux.

Fonctions

- 1- Déterminer et définir l'ensemble des variables minimales requises pour documenter la pratique des sages-femmes québécoises selon sa spécificité.
- 2- Inventorier les outils de mesure existant dans le domaine de la périnatalité au Québec et au Canada.
- 3- Développer un nouvel outil de mesure qui sera d'une part complémentaire aux outils de mesure déjà en place au Québec et d'autre part, conforme aux données sur la pratique des sages-femmes recueillies au niveau canadien.
- 4- Valider l'outil de mesure développé auprès d'un échantillon de services de sages-femmes québécois.
- 5- Émettre des recommandations concernant l'implantation de cet outil auprès de l'ensemble des services de sages-femmes au Québec.
- 6- Travailler en collaboration avec le Comité de pratique en régions rurales et éloignées et le CEEMMP.
- 7- Faire un rapport au Conseil d'administration de l'avancement des travaux.