



Ordre
des Sages-Femmes
du Québec

Rapport de la mortalité périnatale au Québec
1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016

**Comité d'étude et d'enquête
sur la mortalité périnatale
(CÉEMP)**

Rapport de la mortalité périnatale au Québec
1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016

Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité périnatale (CÉEMP)

Marie-Hélène Théberge, SF

Émilie Brunet-Pagé, SF

Manon Lachapelle, SF

Avec la collaboration de :

Maude Poulin, SF, contractuelle

Marina Chaine, M. Sc., contractuelle

Cyril Ferdynus, Ph.D., contractuel

Présentation au Conseil d'administration de l'OSFQ, le 22 mars 2021.

FAITS SAILLANTS 2012-2016

- Absence de différence statistiquement significative entre les taux du présent bilan (2012-2016) et les taux des bilans précédents dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec.
Il n'y a donc pas de tendance statistiquement observable et significative dans le temps à ce jour.
- Le taux de mortalité périnatale dans l'exercice sage-femme au Québec est de 3,92/1000 (IC 95 % : 2,93-5,25), et correspond à la somme du taux de mortinaissance, de 3,4/1000 (IC 95 % : 2,48-4,65), et du taux de décès néonatal précoce, de 0,52/1000 (IC 95 % : 0,23-1,16).
- Le taux de mortalité périnatale, de 3,92/1000 dans la pratique SF pour la période 2012-2016, est statistiquement inférieur à celui de l'ensemble du Québec, qui est de 7,3/1000 pour la période 2013-2017, soit un ratio de 0,54 (IC 95 % : 0,39-0,72); $p < 0,0001$.
Rappelons cependant que le champ d'exercice des SF exclut les grossesses et accouchements à risque élevé.
- Le taux de mortalité néonatale précoce, de 0,52/1000 dans la pratique SF pour 2012-2016, est statistiquement inférieur à celui de l'ensemble du Québec, qui est de 3,1/1000 pour 2013-2017, soit un ratio de 0,17 (IC 95 % : 0,06-0,37); $p < 0,0001$.
- La part des malformations ou anomalies chromosomiques diagnostiquées tend à augmenter parmi les décès périnataux, tout particulièrement en ce qui concerne les mortinaissances : elles étaient présentes dans 6 % sur la période 1998-2003 (1 cas associé sur les 16 mortinaissances constatées) et 8 % sur 2004-2008 (1 cas sur 12); elles ont été associées à 20 % sur la période 2008-2012 (8 cas sur 40), et 28 % sur 2012-2016 (11 cas sur 39).
Parmi ces 11 décès anténatals associés à la présence de malformations ou anomalies chromosomiques, 10 se sont produits avant le début du travail (antepartum), et un seul en cours de travail (intrapartum). Parmi les 6 décès néonataux précoces, 2 sont associés à un diagnostic de malformation ou anomalie chromosomique.
- Aucun décès maternel n'est survenu dans le cadre de l'exercice SF depuis l'évaluation de la pratique SF dans le cadre des projets-pilotes (1994-1998).

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants 2012 – 2016	iii
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques	vi
Liste des annexes	vii
Liste des sigles et abréviations	viii
1. Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité périnatale (CÉEMP)	1
1.1. Cadre d'exercice	1
1.2. Mandats	2
1.3. Membres du CÉEMP	2
2. Introduction au bilan 2012-2016.....	2
3. Méthodologie	3
3.1. Période.....	3
3.2. Source des données.....	3
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	8
5. Discussion	20
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 2012 au 31 mars 2016.	20
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 2012 et le 31 mars 2016 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), celle du troisième bilan (2008-2012), et à l'ensemble du Québec pour la même période.....	21
6. Conclusion	25
Références.....	26
ANNEXES.....	28

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

Distribution annuelle de la mortalité périnatale pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016 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 2012 au 31 mars 2016..... 8

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 2016 10

Tableau 4

Taux de mortalité périnatale, de mortinatalité et de mortalité néonatale précoce pour 1000 naissances, pour chaque période (régression de Poisson) dans la pratique sage-femme au Québec, 1994 à 2016 14

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 2016 16

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	
Évolution du nombre de suivis complets effectués par les sages-femmes entre 1994 et 2016.....	7
Graphique 2	
Répartition par type de décès parmi les 45 cas de mortalité périnatale, avec et sans malformations/anomalies, dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2016	9
Graphique 3	
Répartition par type de décès parmi les 126 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 2016.....	11
Graphique 4	
Répartition par type de décès parmi les 126 cas de mortalité périnatale dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 30 août 1998 au 31 mars 2016	12
Graphique 5	
Courbe d'évolution des taux de mortalité périnatale, mortinaissances et décès néonataux précoces selon les périodes des bilans considérés	13
Graphique 6	
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, 2008-2012 et 2012-2016	15
Graphique 7	
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 2016	17
Graphique 8	
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 1998-2016.....	18

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	
Les mandats du CÉEMP 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 (1998-2016)	42
Annexe VIII	
Le comité des statistiques de l'OSFQ	44
Annexe IX	
Taux de mortalité périnatale, de mortinatalité et de mortalité néonatale précoce pour 1000 naissances pour chaque période (régression de poisson)	46
Annexe X	
Comparaison des taux de mortalité périnatale, mortinatalité et mortalité néonatale précoce entre 2012- 2016 et les périodes précédentes	48
Annexe XI	
Comparaison des taux de mortalité périnatale, mortinatalité et mortalité néonatale précoce pour chaque période par rapport au taux moyen au Québec	50

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AVAC :	Accouchement vaginal après césarienne
CÉEMP :	Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité périnatale
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

1. COMITÉ D'ÉTUDE ET D'ENQUÊTE SUR LA MORTALITÉ PÉRinataLE (CÉEMP)

1.1. CADRE D'EXERCICE

Conformément au Code des professions, le Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité périnatale^a (CÉEMP) est un comité *mandaté* par le Conseil d'administration (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 CÉEMP 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 CÉEMP 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 CÉEMP 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 CÉEMP 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;
- 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.

^a 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).

1.2. MANDATS

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

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

1.3. MEMBRES DU CÉEMP

Par résolution, le CÉEMP 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 2013-2018

Marie-Hélène Thériault, SF, secrétaire
Membre depuis mars 2011, présidente depuis juin 2018

Manon Lachapelle, SF
Membre depuis juillet 2013

Émilie Brunet-Pagé, SF
Membre depuis mai 2018

INTRODUCTION AU BILAN 2012-2016

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 4^e bilan produit par le comité (CÉEMP) depuis la création de l'Ordre (OSFQ) en 1999. La période couverte par le présent bilan s'étend du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016.

Avec le dépôt de ce 4^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 2016^c.

Les objectifs de ce bilan sont :

- Analyser la mortalité périnatale (mortinaissances et décès néonataux précoces) survenue dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec pour la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016.
- 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 2012 et le 31 mars 2016 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), à celle du 3^{ème} bilan (1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012), et à celle de l'ensemble du Québec pour les mêmes périodes.

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

^c 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 1999 ².

2. 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^d. 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 CÉEMP prévoyait également initialement l'étude de la morbidité néonatale, toutefois le Comité ne dispose à ce jour d'aucune donnée lui permettant d'exercer cette fonction.

2.1. Période

La période à l'étude s'étend du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016. 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 puisque l'OSFQ détermine le nombre de suivis complets par les sages-femmes selon l'année financière.

2.2. Source des données

Les données analysées proviennent de l'ensemble des services de sage-femme (SSF)^e 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 13 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.

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).

2.3. 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 CÉEMP. 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.

^d 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.

^e 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).

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^f ou de mortalité néonatale^g. 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 CÉEMP. 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 CÉEMP. Celle-ci procède alors au regroupement des déclarations par SSF. À la fin de chaque année financière, la secrétaire du CÉEMP 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 CÉEMP est bien informé de tous les décès néonataux et mortinaissances 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.

2.4. Classification de la mortalité périnatale

Pour le présent bilan, le CÉEMP 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 CÉEMP se sont réunis à huit 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.

2.5. 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) (1) et sont présentées sous forme schématique à l'annexe V.

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

^g 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).

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 en mortalité néonatale précoce (0-7 jours), soit en mortalité néonatale tardive (8-28 jours).

2.6. Calcul des taux de mortalité

Le CÉEMP 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.

2.7. 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 2012 et le 31 mars 2016.

Les données relatives aux malformations congénitales majeures et/ou aux anomalies chromosomiques associées aux mortinaissances et aux décès néonataux ont été comptabilisées^h. Les taux calculés incluent les cas de malformations congénitales et/ou 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 2016, est par conséquent présentée à l'annexe VII.

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

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 CÉEMP 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.

Les membres du CÉEMP 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 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016.

2.8. Analyses statistiques

Dans un premier temps, l'analyse des données présente le calcul des taux de mortinatalité, de mortalité périnatale et de mortalité néonatale précoce, ainsi que leurs intervalles de confiance à 95 %, calculés à l'aide d'une régression de Poisson pour chaque indicateur (annexe IX; tableau 4).

Dans un second temps, nous avons calculé les ratios d'incidence et leurs intervalles de confiance à 95% pour chaque indicateur pour la période 2012-2016 comparativement aux 4 périodes précédentes (annexe X; tableau 5). Nous avons également procédé à des tests de signification statistique (valeur p). Ces comparaisons post-hoc ont été réalisées en ajustant la p-value à l'aide de la méthode de Tukey-Kramer. Cette méthode permet de contrôler le risque de première espèce pour les comparaisons multiples (4).

Les données de l'Institut de la statistique du Québec (17) ont été utilisées pour calculer les taux moyens de mortinaissances, de mortalité périnatale et de mortalité néonatale précoce, avec ou sans anomalies, sur les autres périodes précédemment à l'étude et sur la période 2012-2015.

3. RÉSULTATS

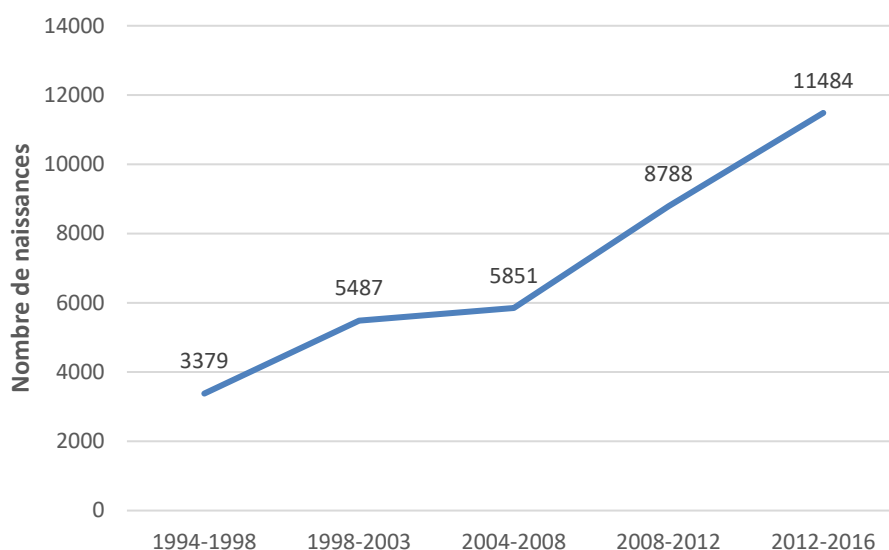
Tableau 1

Distribution annuelle de la mortalité périnatale pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016

Année financière	Mortinaissances (antepartum et intrapartum)	Décès néonataux précoces	TOTAL des décès périnataux	Nombre total de suivis
2012-2013	12	2	14	2540
2013-2014	5	1	6	2671
2014-2015	9	1	10	2959
2015-2016	13	2	15	3314
TOTAUX	39	6	45	11484

Graphique 1

Évolution du nombre de suivis complets effectués par les sages-femmes entre 1994 et 2016



Pour la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016, 11484 suivis complets de grossesse ont été effectués par les sages-femmesⁱ, ce qui représente près de 2900 suivis par an en moyenne. Nous constatons une augmentation annuelle régulière du nombre de suivis complets effectués par les sages-femmes (tableau 1).

Depuis la période du bilan 2004-2008, le nombre de suivis a augmenté de façon marquée, avec environ 2 fois plus de prises en charge, passant de 5851 à 11484 (graphique 1).

La répartition de la mortalité périnatale pour l'ensemble de la pratique sage-femme du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016 révèle que **les mortinaissances représentent la majorité des décès survenus pendant la période périnatale** (39 sur 45). Six décès néonataux précoces sont survenus au cours de cette période.

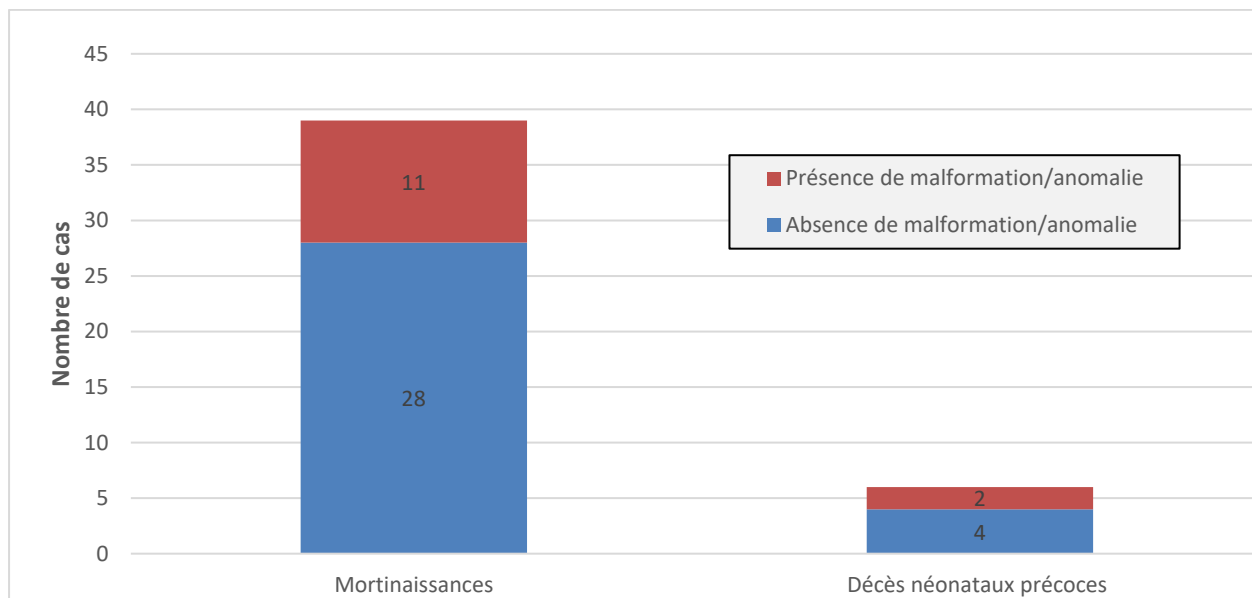
Tableau 2
Répartition de la mortalité périnatale selon la durée de la grossesse, pour
l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec,
1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016

	Durée de la grossesse (en SA)	Mortinaissance (antepartum et intrapartum)	Décès néonataux précoces et tardif	Total des décès périnataux (incluant les malformations ou anomalies chromosomiques et décès néonatal tardif)	Total des décès périnataux excluant les malformations ou anomalies chromosomiques
Avant terme	≤24	5	0	5	0
	25-27	2	1	3	2
	28-30	4	0	4	2
	31-33	3	0	3	2
	34-36	6	0	6	5
À terme	37-39	13	3	16	13
	40	4	1	5	5
	41	2	2	4	3
	≥42	0	0	0	0
	TOTAL	39	7	46	32

ⁱ Voir définition du dénominateur p.6

Graphique 2

Répartition par type de décès parmi les 45 cas de mortalité périnatale, avec et sans malformations/anomalies, dans l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016



Parmi ces 45 cas de mortalité périnatale, **près de 30% est associé à un diagnostic de malformation ou anomalie chromosomique** (13 cas répertoriés sur 45 décès comptabilisés), **surtout avant la 37^e semaine d'aménorrhée** (10 cas répertoriés sur 21 décès constatés avant terme, et 3 cas répertoriés sur 24 décès répertoriés à terme) (tableau 2).

Nous remarquons que des **malformations ou anomalies chromosomiques sont diagnostiquées dans environ le tiers des décès**, qu'il s'agisse des **mortinaissances** ou des **décès néonataux précoces** (graphique 2).

Nous devons préciser que le tableau 2 inclut l'indication de décès néonatal tardif, bien que ce critère ne soit pas comptabilisé dans la définition et les statistiques de la mortalité périnatale. Nous tenions toutefois à mentionner que nos données ont recensé **1 décès néonatal tardif**, survenu à 8 jours de vie, dans le cadre d'un accouchement à terme, et **lié à une malformation fœtale**.

Les **décès périnataux sont répartis de façon presque égale entre les accouchements à terme** (37 à 41SA+6jours) : 24/45 cas, **et les accouchements avant terme** (36SA+6jours et moins) : 21/45 cas.

Bien que le nombre de décès néonataux précoces soit faible, nous pouvons noter que seul un cas est survenu avant terme, les 5 autres s'étant produits à partir de 37 SA.

Le nombre de décès néonataux précoces constitue une faible part de la mortalité périnatale (6/45), soit moins de 15%.

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 2016

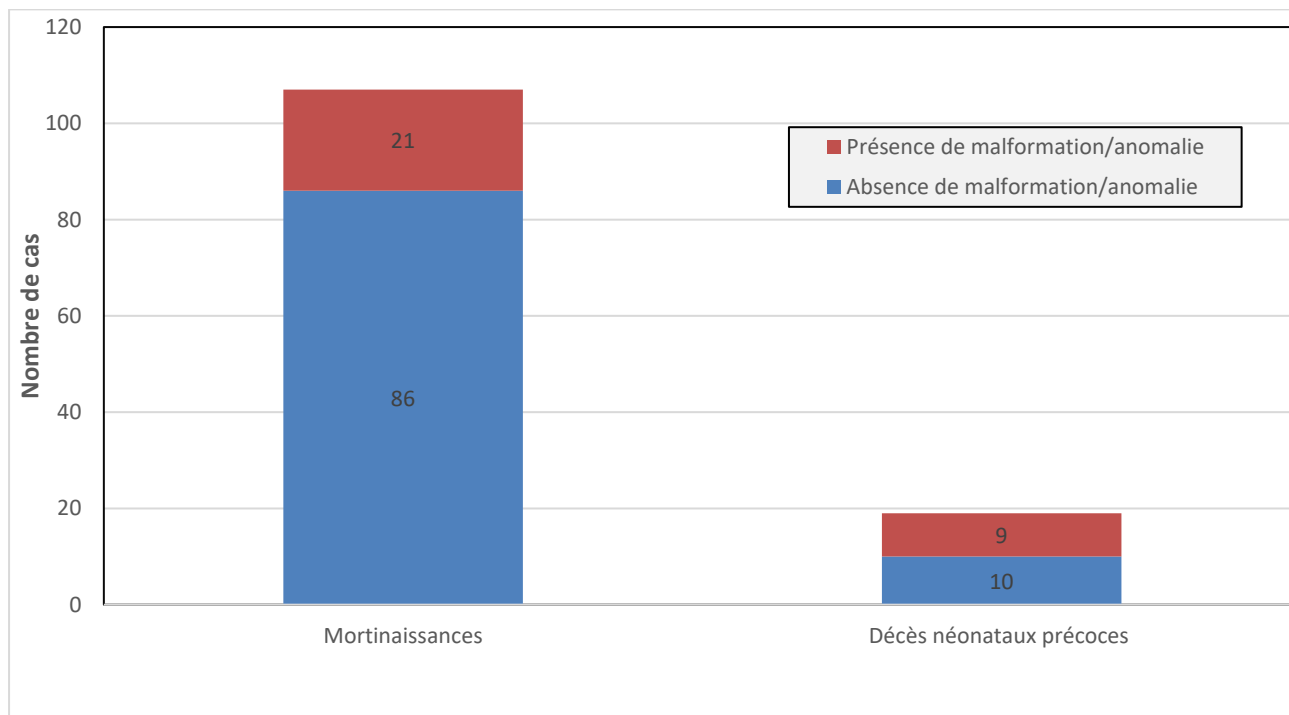
	Durée de la grossesse (en SA)	Mortinaissance (antepartum et intrapartum)	Décès néonataux précoces	Total des décès périnataux, incluant les malformations ou anomalies chromosomiques	Total des décès périnataux, excluant les malformations ou anomalies chromosomiques
Avant terme	≤24	14	0	14	6
	25-27	9	3	12	8
	28-30	13	1	14	10
	31-33	8	0	8	7
	34-36	14	3	17	13
À terme	37-39	25	6	31	25
	40	15	2	17	15
	41	8	3	11	10
	≥42	1	1	2	2
	TOTAL	107	19	126	96

Pour ce qui est de la répartition des décès en regard de l'âge gestationnel sur l'ensemble de la période entre 1998 et 2016, aucune tendance nette ne semble apparaître (tableau 3).

On peut noter que :

- 58 des 107 mortinaissances sont survenues avant la 37^e semaine de grossesse, soit un peu plus de la moitié, alors que l'on décompte 49 mortinaissances à partir de la 37^e semaine de gestation.
- 7 des 19 décès néonataux précoces sont survenus avant 37 SA, alors que 12 sont survenus à terme, soit près du double.
- 65 de l'ensemble des 126 décès périnataux comptabilisés se sont produits avant terme, contre 61 à terme, soit une répartition assez similaire.
- 44 des 96 décès périnataux excluant les cas présentant des malformations ou anomalies chromosomiques ont eu lieu avant terme, alors que 52 de ces décès ont été répertoriés à terme, soit une proportion légèrement supérieure après 37 SA.

Graphique 3
Répartition par type de décès parmi les 126 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 2016



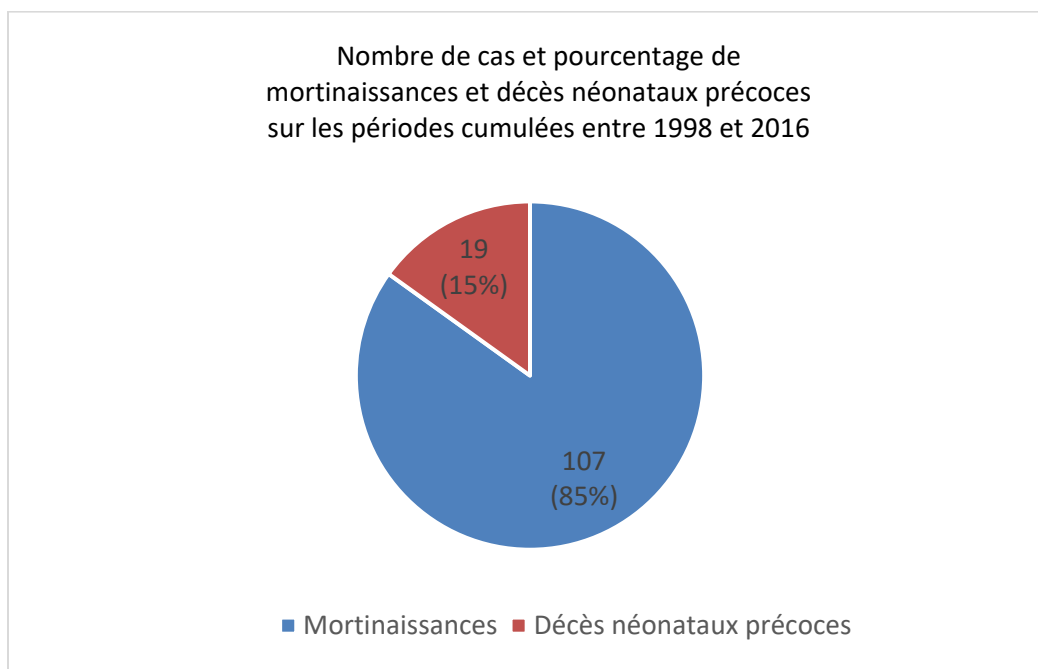
Sur l'ensemble des périodes cumulées entre 1998 et 2016, un diagnostic de malformations ou anomalies congénitales a été posé pour 30 des 126 décès périnataux (graphique 3).

Parmi ces 30 cas de malformations ou anomalies :

→ 21 sont survenus avant la 37^e semaine de gestation, soit plus du double du nombre de cas diagnostiqués après ce terme (9).

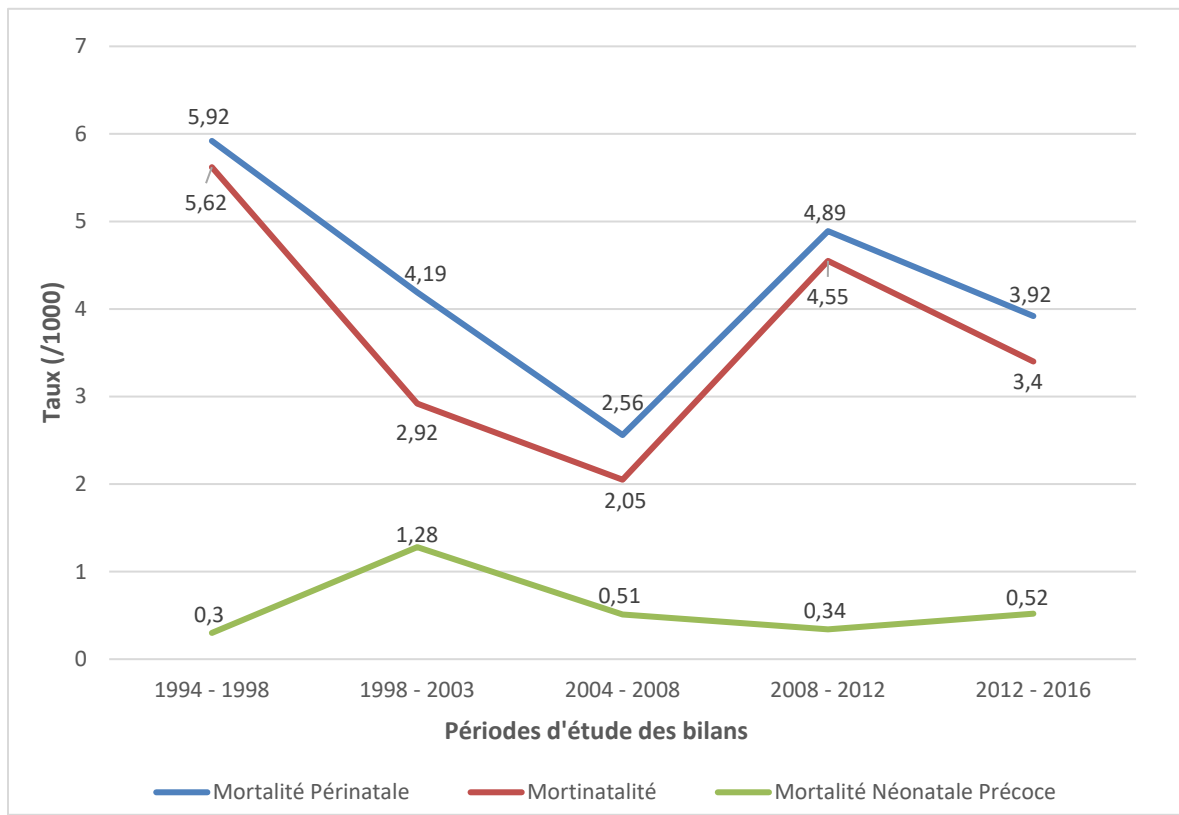
→ 21 concernaient des mortinaissances (soit près de 20% du total cumulé des mortinaissances) et 9 concernaient des décès néonataux précoces (soit près de 50% du total cumulé des décès néonataux précoces)

Graphique 4
Répartition par type de décès parmi les 126 cas de mortalité périnatale dans
l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec,
30 août 1998 au 31 mars 2016



Au cours de la période allant du 30 août 1998 au 31 mars 2016, prenant en compte les trois précédents bilans du CÉEMP auxquels vient s'ajouter le présent bilan, les mortinaissances de l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec comptent pour une très grande majorité de la mortalité périnatale (107/126, soit près de 85%), alors que les décès néonataux précoces représentaient 19 cas (soit 15% environ) (graphique 4).

Graphique 5
Courbe d'évolution des taux de mortalité périnatale, mortinaissances et décès néonataux précoces selon les périodes des bilans considérés



Nous pouvons observer une certaine variabilité de la courbe d'évolution des taux de mortalité périnatale (en bleu), de mortinaissances (en rouge) et de décès néonataux précoces (en vert) en comparant les taux obtenus sur les différentes périodes à l'étude (1994-98 pour les projets pilotes; 1998-2003 pour le 1^{er} bilan; 2004-2008 pour le 2^{ème} bilan; 2008-2012 pour le 3^{ème} bilan, et 2012-2016 pour le 4^{ème}).

La courbe du taux de mortalité périnatale, constitué par l'addition des taux de mortinaissance et de décès néonatal précoce, est principalement influencée par celle du taux de mortinaissances.

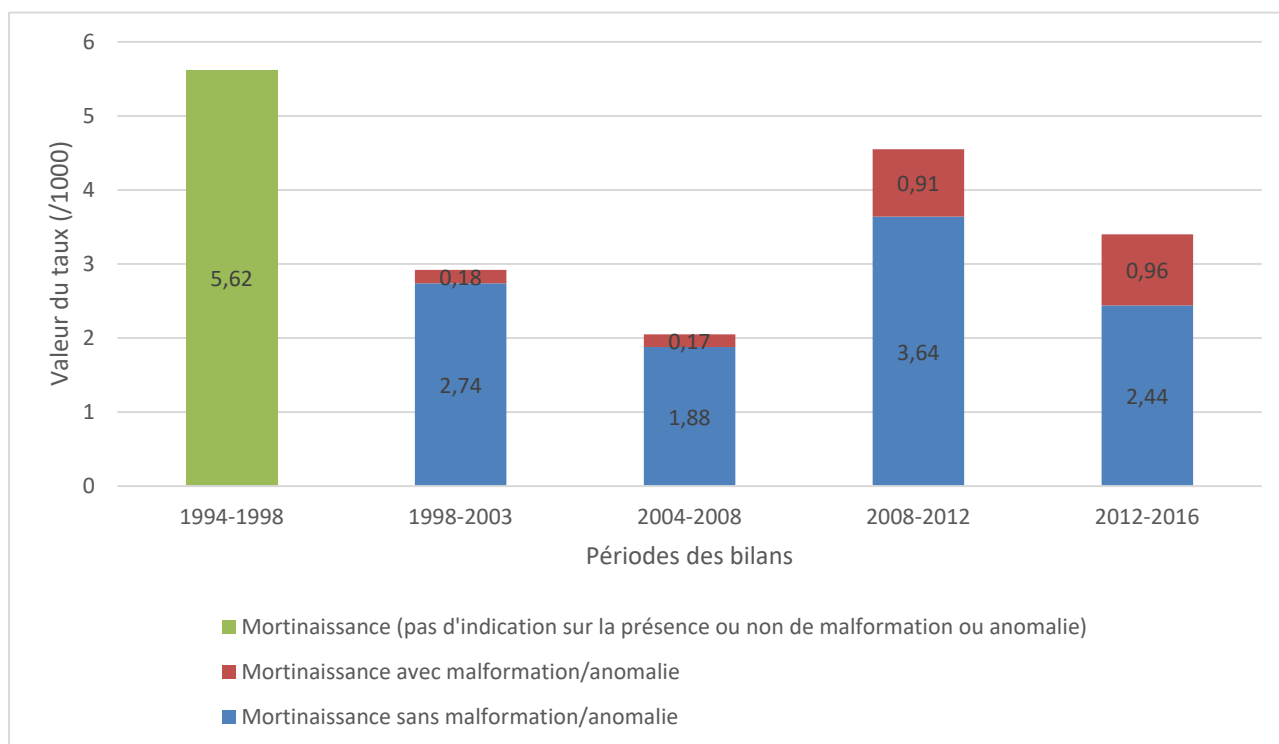
Les données présentement à l'étude pour la période 2012-16 semblent correspondre à la moyenne des données obtenues lors des précédents bilans (graphique 5).

Tableau 4
Taux de mortalité périnatale, de mortinatalité et de mortalité néonatale précoce
pour 1000 naissances pour chaque période (régression de Poisson) dans la pratique sage-femme
au Québec, 1994 à 2016

	Exercice SF Projets pilotes 1994-1998	Exercice SF 1998-2003	Exercice SF 2004-2008	Exercice SF 2008-2012	Exercice SF 2012-2016
Nombre de naissances totales	3379	5487	5851	8788	11484
Nombre de mortinaissances (500g et +)	19	16	12	40	39
Taux de mortinaissance (/1000)	5,62 (3,59-8,82)	2,92 (1,79-4,76)	2,05 (1,16-3,61)	4,55 (3,34-6,21)	3,40 (2,48-4,65)
Nombre de décès néonataux précoces	1	7	3	3	6
Taux de mortalité néonatale précoce (/1000)	0,30 (0,04-2,10)	1,28 (0,61-2,68)	0,51 (0,17-1,59)	0,34 (0,11-1,06)	0,52 (0,23-1,16)
Nombre de décès périnataux (mortinaissances et décès néonataux précoces)	20	23	15	43	45
Taux de mortalité périnatale (/1000)	5,92 (3,82-9,17)	4,19 (2,79-6,31)	2,56 (1,55-4,25)	4,89 (3,63-6,60)	3,92 (2,93-5,25)

L'analyse des données concernant la **période 2012-2016** présentement à l'étude (tableau 4) démontre **qu'aucune différence statistiquement significative ($p < 0.05$)** n'est apparue pour ce qui de la **comparaison entre les taux de chacun des 3 indicateurs selon les données issues des périodes couvrant les précédents bilans** (annexe X).

Graphique 6
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, 2008-2012 et 2012-2016



Nous pouvons remarquer à travers le graphique 6 que **la part des malformations/anomalies relevées parmi les cas de mortinaissance semble augmenter si l'on observe l'évolution des 4 bilans.**

Les taux de malformations/anomalies des deux premiers bilans (1998-2003 et 2004-2008) étaient similaires :

→ 0,18/1000 pour **1998-2003**, soit 1 cas pour 16 mortinaissances (environ **6%**);

→ 0,17/1000 pour **2004-2008**, soit 1 cas pour 12 mortinaissances (environ **8%**)

Lors de la période **2008-2012**, ce taux s'est accru, passant à 0,91/1000, et la proportion de malformations/anomalies détectée parmi le total des mortinaissances a augmenté, passant à 8 cas pour 40 mortinaissances (**20%**).

Cette augmentation en termes de proportion continue à augmenter sur la période **2012-2016**, avec un taux de 0,96/1000, soit 11 cas pour 39 mortinaissances (environ **28%**).

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^j, 1994 à 2016

	Exercice SF 1994-1998	Québec 1995-1998	Exercice SF 1998-2003	Québec 1998-2003	Exercice SF 2004-2008	Québec 2004-2008	Exercice SF 2008-2012	Québec 2008-2011	Exercice SF 2012-2016	Québec 2013-2017
Taux de mortinaissance (/1000)	5,62 (3,59-8,82)	4,1	2,92 (1,79-4,76)	4,1	2,05 (1,16-3,61)	4,1	4,55 (3,34-6,21)	4,3	3,4 (2,48-4,65)	4,2
Taux de mortalité néonatale précoce (/1000)	0,3 (0,04-2,10)	3,1	1,28 (0,61-2,68)	2,9	0,51 (0,17-1,59)	3,1	0,34 (0,11-1,06)	2,9	0,52* (0,23-1,16)	3,1
Taux de mortalité périnatale (/1000)	5,92 (3,82-9,17)	7,2	4,19 (2,79-6,31)	7	2,56 (1,55-4,25)	7,2	4,89 (3,63-6,60)	7,2	3,92* (2,93-5,25)	7,3
	Projets pilotes		Bilan 1		Bilan 2		Bilan 3		Bilan 4	

* : Différence statistiquement significative.

La comparaison des 3 indicateurs à l'étude pour le présent bilan sur la période 2012-2016 entre les données de la pratique sage-femme et celles de l'ensemble du Québec (tableau 5) révèle des **différences statistiquement significatives** (annexe XI) pour :

→ le **taux de mortalité périnatale** ($p < 0.0001$), avec un **ratio de 0,54** (IC 95% 0,39-0,72), le taux des suivis sage-femme étant de 3,92/1000 et celui de l'ensemble du Québec de 7,3/1000.

le **taux de mortalité néonatale précoce** ($p < 0.0001$), avec un **ratio de 0,17** (IC 95% 0,06-0,37), le taux des suivis sage-femme étant de 0,52/1000 et celui de l'ensemble du Québec de 3,1/1000.

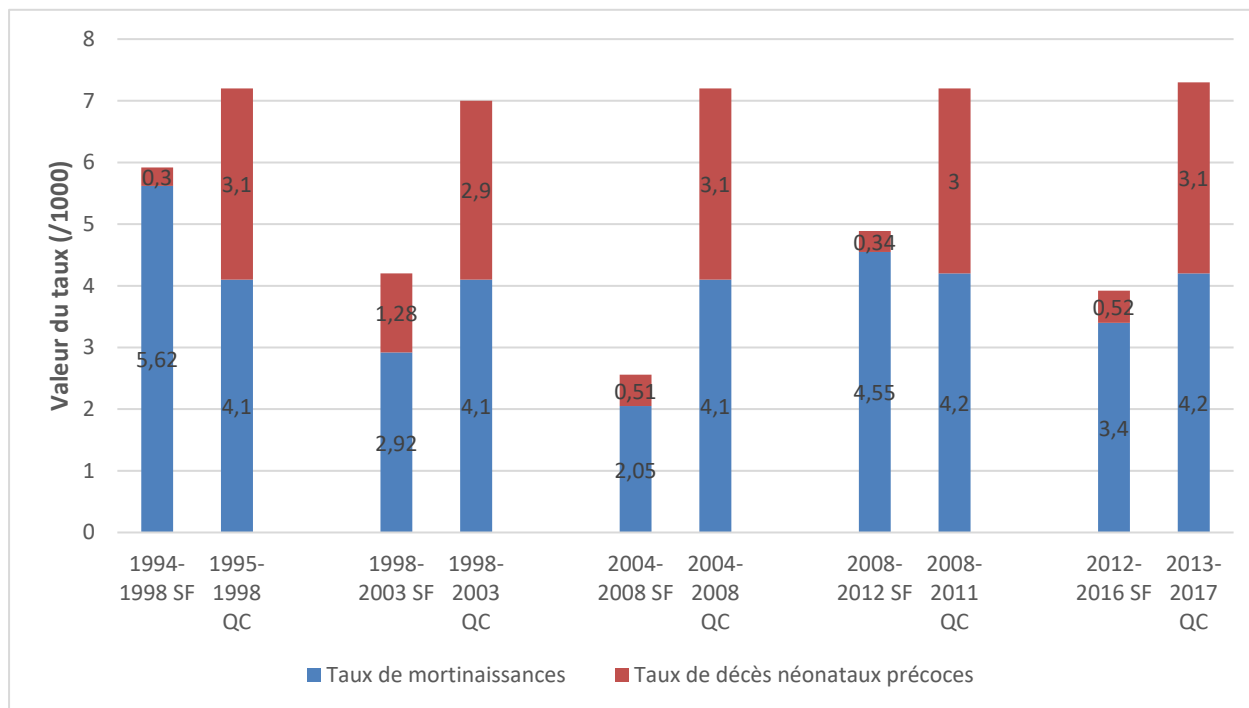
La différence du **taux de mortinaissance** dans la pratique sage-femme, de 3,4/1000 (IC 95 % : 2,48-4,65), et de celui de l'ensemble du Québec, de 4,2/1000, **n'est statistiquement pas significative**. Le taux de mortinaissance observé dans la pratique sage-femme **reste néanmoins inférieur à celui relevé pour l'ensemble du Québec**.

Aucun décès maternel n'est survenu dans le cadre de l'exercice SF lors de la période 2012-2016.

^j 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 7

Comparaison des taux de mortinaissance et de décès néonatal précoce entre l'ensemble de la pratique sage-femme et l'ensemble du Québec, 1994-2016

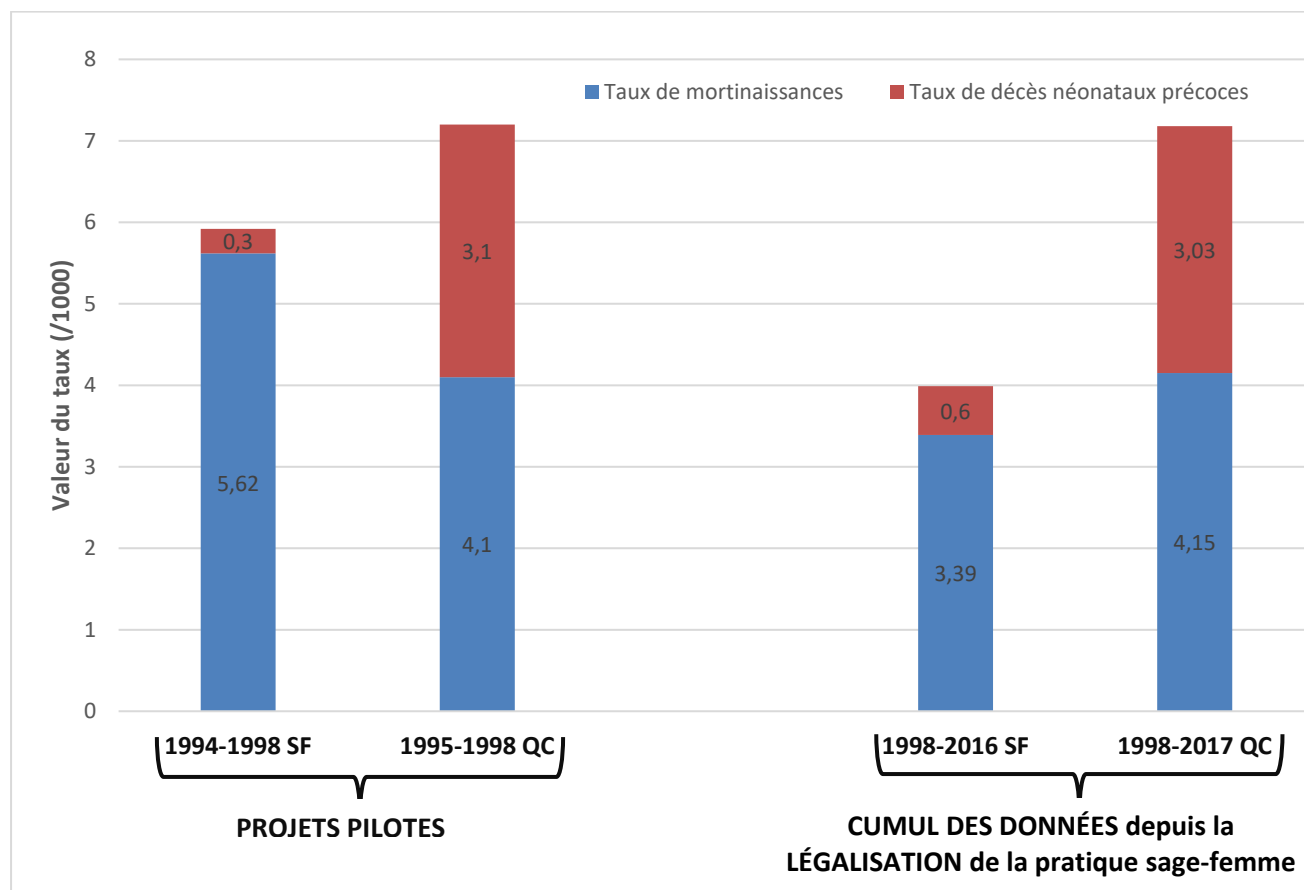


Les données collectées pour l'ensemble du Québec semblent indiquer une certaine stabilité à travers le temps comparativement à celles collectées pour les suivis effectués par les sages-femmes. Cette constance des résultats s'applique autant pour le taux de mortinaissances que pour celui des décès néonataux précoces. La variabilité des taux issus des données sages-femmes concerne à la fois le taux de mortinaissances et celui des décès néonataux précoces.

La part de chacun des 2 taux (constituant le total de la mortalité périnatale) semble stable pour les données du Québec à travers le temps, alors que la part des taux de mortinaissance et de décès néonatal précoce pour les données des sages-femmes semble fluctuer si l'on observe l'évolution entre les différents bilans.

Le taux de mortalité périnatale des données des sages-femmes est toujours resté en deçà de celui de l'ensemble du Québec. Cela est valable pour le taux de décès néonatal précoce; néanmoins pour les périodes d'étude des projets-pilotes ainsi que lors du bilan 3 (2008-2012), le taux de mortinaissance était supérieur au taux de l'ensemble du Québec (graphique 7).

Graphique 8
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 1998-2016



La comparaison des données entre la période des projets-pilotes (1994-98) et l'ensemble des données cumulées depuis (1998-2016) indique que le taux de mortalité périnatale des données des sages-femmes a diminué, passant de 5,92/1000 à 3,99/1000.

Ce résultat est dû à la baisse du taux de mortinaissance, passant de 5,62/1000 à 3,39/1000. Le taux de décès néonatal précoce a quant à lui augmenté, passant de 0,3/1000 à 0,6/1000. Toutefois ce taux reste largement inférieur à celui du Québec, respectivement de 3,1 et 3,03/1000 (graphique 8). Le faible effectif cumulé pour obtenir ce taux parmi les données des sages-femmes explique la fluctuation de ce taux.

4. DISCUSSION

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

4.1. 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 2012 au 31 mars 2016.

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 CÉEMP (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 2012-2016. 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 CÉEMP; 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 CÉEMP.

Les résultats 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 CÉEMP 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 CÉEMP 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 2012-2016, les sages-femmes ont assuré 11484 suivis complets, soit 2696 suivis de plus que lors du bilan précédent (2008-2012) (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 2012 et 2016, de nouveaux services sage-femme ont vu le jour : un du côté de Terrebonne, en septembre 2013. Des points de service ont été mis en place en Beauce (décembre 2014) et à Drummondville (septembre 2015), compétant les points existants de Trois-Rivières et Victoriaville.

Par ailleurs, certains des services sage-femme déjà existants et reliés aux CSSS ont bénéficié de la construction d'une maison de naissance. C'est le cas pour la maison de naissance du Richelieu, qui a vu le jour en octobre 2012. La maison de naissance de Fjord-au-Lac (Saguenay) a été inaugurée en avril

2015. Au total, les sages-femmes proposent leurs services à travers 11 maisons de naissance, 6 services sage-femme (dont 4 au Nunavik) et points de service.

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 2012-2016, les mortinaissances occupent la plus grande part de la mortalité périnatale (39/45)^k.

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

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 toujours 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.

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.

4.2. Deuxième objectif : Comparer la mortalité périnatale et néonatale survenue dans le cadre de l'exercice sage-femme au Québec entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2016 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), à celle du troisième bilan (2008-2012), et à l'ensemble du Québec pour la même période.

L'analyse de la mortalité périnatale de la période 2012-2016 ne révèle aucune différence statistiquement significative, lorsque comparée avec les périodes précédentes.

La tendance qui semble se dégager est une diminution des mortinaissances. En parallèle, les décès néonataux précoces semblent augmenter. Toutefois, rappelons que l'effectif utilisé pour obtenir le taux de décès néonatal précoce des sages-femmes est extrêmement faible (6 cas compilés pour une période de 4 ans); ce résultat est donc à interpréter en tenant compte de ce contexte.

Les données issues du rapport sur la santé périnatale au Canada de 2008 indiquent que les 3 décennies précédant les années 90 ont montré une diminution des taux de mortalité périnatale et infantile dans la plupart des pays dits industrialisés. Par contre cette tendance s'est inversée à partir du début des

^k 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.

années 90, ne mettant pas en cause, de façon générale, une altération dégradée de l'état des fœtus ou des mères, ni un changement dans la définition des critères requis pour enregistrer ces types de décès, mais correspondant plutôt à un respect de ces critères pour procéder de façon fiable à l'enregistrement de ces cas (3). De plus l'introduction et le recours aux technologies en lien avec le diagnostic prénatal a fait en sorte d'identifier plus précocement les cas de malformations ou anomalies. Cela a fait en sorte que davantage d'interruptions de grossesse et de cas de mortinaissances ont eu lieu à un âge gestationnel plus faible, faisant ainsi reculer les cas de mortinaissances « tardives ». Le recours accru et généralisé de l'acide folique au Canada depuis 1998 et les améliorations chirurgicales des malformations congénitales constituent d'autres facteurs qui ont contribué au recul de ces morts fœtales tardives.

Il est essentiel d'évoquer le recours de plus en plus fréquent à la procréation médicalement assistée, qui a fait en sorte de créer une augmentation du nombre de grossesses multiples; la part occupée par les grossesses multiples dans le taux de mortinaissance s'est ainsi beaucoup accrue. Le nombre plus important de malformations ou anomalies semble également être corrélé avec l'âge plus tardif des femmes au moment de la conception.

Le rapport sur les indicateurs de la santé périnatale au Canada en 2017 démontre que la tendance de diminution du taux de mortinaissance relevée au début des années 2000 s'est inversée depuis 2007, enregistrant ainsi une nouvelle hausse (8). Cette inversion de tendance est également observable dans d'autres pays (8, 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), 4,3/1000 naissances (2008-2011), et 4,2/1000 (2013-2017).

Si nous considérons les données présentées sur l'ensemble de la mortalité périnatale dans la pratique sage-femme entre 2012 et 2016, la part des malformations ou anomalies chromosomiques tend à s'accroître, passant de 3 cas/15 décès périnataux (20%) en 2004-2008 à 10 cas/43 décès périnataux (23%) en 2008-2012, et 13 cas/45 décès périnataux (29%) en 2012-2016.

Cette hausse concerne principalement les cas de mortinaissance, la part évoluant de la façon suivante : 6% en 1998-2003 (1 cas sur 16); 8% en 2004-2008 (1 cas sur 12); 20% en 2008-2012 (8 cas sur 40); et 28% en 2012-2016 (11 cas sur 39).

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, 2 et 3, 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 plus que triplé. 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).

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 2012-2016 (3,92/1000), le taux de mortalité périnatale établi est inférieur au taux moyen enregistré pour la province du Québec, de 7,3/1000, avec un ratio de 0,54 (IC 95 % : 0,39-0,72; $p < 0,0001$).

De façon générale, les résultats concernant le taux de mortinaissance ne font pas ressortir de différence statistiquement significative. Parmi les suivis SF, ce taux (3,4/1000) est néanmoins inférieur à celui recueilli dans l'ensemble du Québec (4,2/1000).

^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.

Il semblerait que la recrudescence de cas de malformations/anomalies comptabilisés soit une tendance marquée au sein des mortinaissances antepartum de la pratique SF au Québec, constatée depuis le troisième bilan (2008-2012). En effet, 6 interruptions médicales de grossesse (IMG) avaient déjà été pratiquées au cours de la période 2008-2012, témoignant 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).

Ce présent bilan (2012/2016) comptabilise 7 IMG.

Mais pour ce qui est notable, c'est la part occupée par la présence de malformations/anomalies dans les cas de décès constatés :

- 1 cas pour 16 mortinaissances (soit environ 6%) pour 1998-2003;
- 1 cas pour 12 mortinaissances (soit environ 8%) pour 2004-2008;
- 8 cas pour 40 mortinaissances (soit 20%) pour 2008-2012;
- 11 cas pour 39 mortinaissances (soit environ 28%) pour 2012-2016.

La tendance observée dans les bilans précédents se maintient pour la période 2012-2016 : le taux de mortalité néonatale précoce avec suivi SF, de 0,52/1000 (IC 95 % : 0,23-1,16), demeure significativement plus bas que celui de l'ensemble du Québec, de 3,1/1000, soit un ratio de 0,17 (IC 95 % : 0,06-0,37 ; $p < 0,0001$).

Les taux de mortalité obtenus sont donc 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.

^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.

5. 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 dix-huit 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 3,99/1000 naissances avec une distribution de 3,39/1000 pour les taux de mortinaissance et de 0,6/1000 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 2012-2016 concernent premièrement la comparaison entre les taux obtenus parmi les données sage-femme et ceux compilés sur l'ensemble du Québec : le taux de mortalité périnatale de la clientèle des sages-femmes reste significativement inférieur.

L'autre fait marquant concerne l'absence de différences significatives, dans la pratique sage-femme en tant que telle, entre les données collectées sur cette période et celles collectées précédemment; on ne peut donc pas faire ressortir de tendance en ce qui concerne l'évolution des 3 taux à l'étude.

On peut néanmoins observer la part prépondérante qu'occupe le taux de mortinaissance dans le total de la mortalité périnatale, alors que le taux de décès néonataux précoces reste faible. Une tendance continue de s'amplifier, en parallèle à cette distribution : 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

- (1) Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2008). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe. 10^e rév. Genève : OMS.
- (2) 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.
- (3) Un aperçu de la santé périnatale au Canada - Rapport sur la santé périnatale au Canada Edition 2008 - <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/overview-aperçu-fra.pdf>
- (4) Morris JA, Gardner MJ (1988). Calculating confidence intervals for relative risks (odds ratios) and standardised ratios and rates. *BMJ*; 296(7): 1313-1316.
- (5) Ordre des sages-femmes du Québec (2015). Bilan sur la mortalité périnatale et maternelle; 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2012. Montréal : Ordre des sages-femmes du Québec. Comité d'étude et d'enquête sur la morbidité et mortalité périnatale.
- (6) 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.
- (7) 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.
- (8) Agence de la santé publique du Canada (2017), Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017, Ottawa, 2017. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-blessures/division-surveillance-sante-epidemiologie/sante-maternelle-infantile/indicateurs-sante-perinatale-2017.html>
- (9) Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada – Edition 2008. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf>
- (10) 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.
- (11) 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
- (12) 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>
- (13) 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.
- (14) 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.

- (15) Agence de la santé publique du Canada (2008). Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008, Ottawa.
- (16) Cartier, L., & CCGC, M. Q. (2012). Report de la grossesse. *J Obstet Gynaecol Can*, 34(1), S1-S17.
- (17) 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 3 juin 2020). Disponible à partir de : http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/Ken213_Afich_Tabl.page_tabl?p_iden_tran=REPERNPUFB_G3856660493010EaKh&p_lang=1&P_M_O=ISQ&P_ID_RAPRT=804 Consulté en ligne le 12 octobre 2020.
- (18) 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.

ANNEXES

ANNEXE I

LES MANDATS DU CÉEMP DE L'OSFQ

Les mandats du Comité d'étude et d'enquête sur la mortalité périnatale (CÉEMP)

(Voir résolution 9.5.1)

Mandats :

- Recueillir toute information pertinente et compiler les données nécessaires advenant la mortalité 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 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 CÉEMP est composé de quatre sages-femmes.
- Les membres du comité sont nommés par le CA.
- La durée du mandat des membres du CÉEMP 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 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)

Rapport de la mortalité périnatale au Québec
1^{er} avril 2012 au 31 mars 2016



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 :

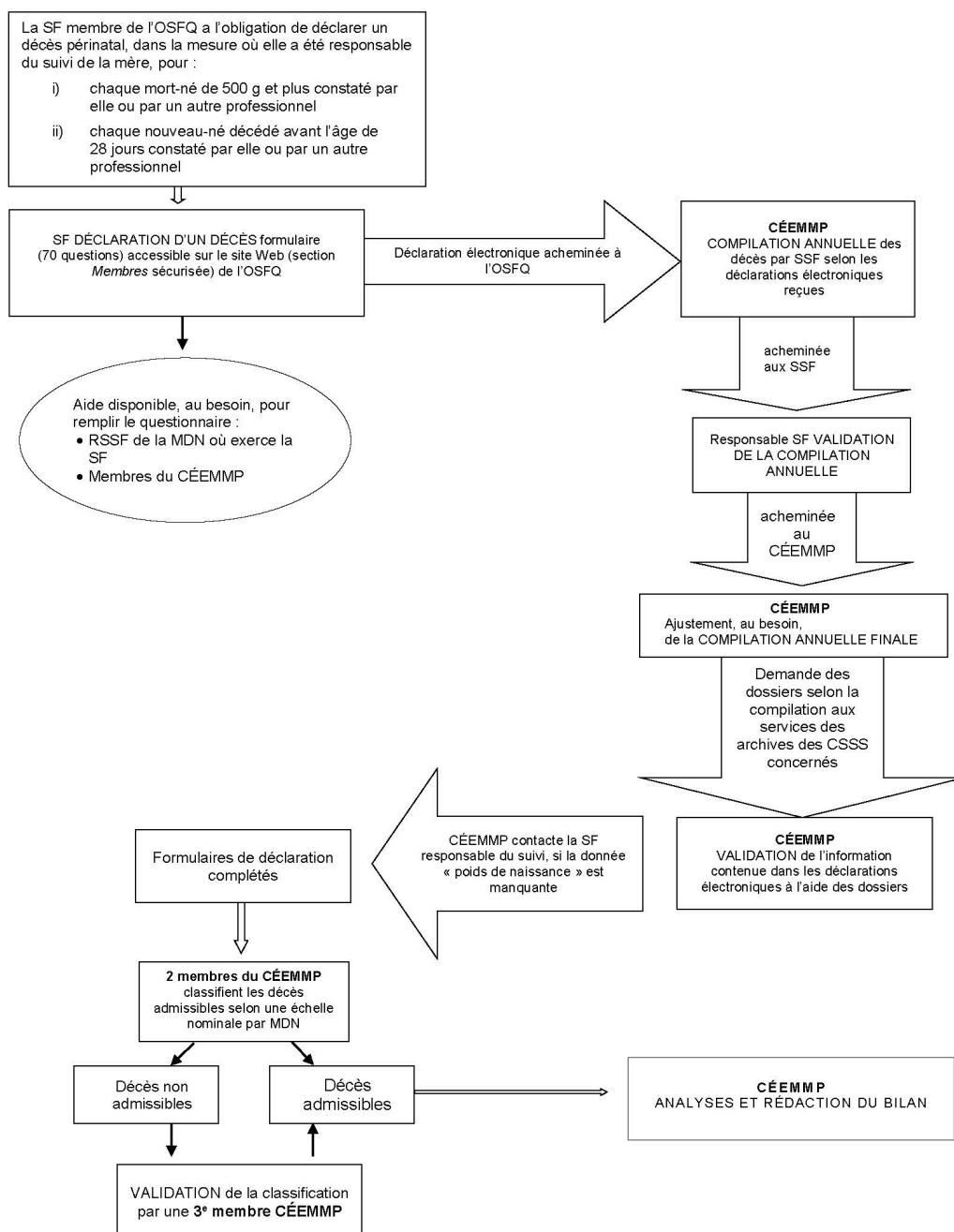
- PAR COURRIEL : info@osfq.org
- PAR TÉLÉCOPIEUR : (514) 286-0008

ANNEXE III

ORGANIGRAMME : COLLECTE ET VALIDATION DES DONNÉES

Organigramme

Collecte et validation des données



ANNEXE IV

LISTE DES DOCUMENTS DEMANDÉS AU SERVICE DES ARCHIVES

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 CÉEMP
Ordre des sages-femmes du Québec
450 – 1200, Avenue Papineau
Montréal (Québec) H2K 4R5

ANNEXE V

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

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 totales¹ :	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 (1998-2016)

Répartition de la mortalité néonatale selon la durée de la grossesse, pour l'ensemble de la pratique sage-femme au Québec, 1998-2016

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		Nombre de décès 1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2016		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	Précoce	Tardif
<24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-27	0	0	2	0	0	0	1	0	3	0	1	0
28-30	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1
31-33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34-36	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0
37-39	2	0	1	1	1	1	2	1	6	3	4	1
40-40+6	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	0
41-41+6	0	1	0	1	0	0	2	0	2	2	1	1
42 et plus	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Total	7	1	3	3	3	1	6	1	19	6	10	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

LE COMITÉ STATISTIQUE DE L'OSFQ

Comité des statistiques 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 CEEMP.
7. Faire un rapport au Conseil d'administration de l'avancement des travaux.

ANNEXE IX

TAUX DE MORTALITE PERINATALE, DE MORTINATALITE ET DE MORTALITE NEONATALE PRECOCE POUR 1000 NAISSANCES POUR CHAQUE PERIODE (REGRESSION DE POISSON)

Indicateur	Période	Taux (/1000)	IC95%
Mortalité Périnatale	1994 - 1998	5,92	3,82 9,17
	1998 - 2003	4,19	2,79 6,31
	2004 - 2008	2,56	1,55 4,25
	2008 - 2012	4,89	3,63 6,60
	2012 - 2016	3,92	2,93 5,25
Mortinatalité	1994 - 1998	5,62	3,59 8,82
	1998 - 2003	2,92	1,79 4,76
	2004 - 2008	2,05	1,16 3,61
	2008 - 2012	4,55	3,34 6,21
	2012 - 2016	3,40	2,48 4,65
Mortalité Néonatale Précoce	1994 - 1998	0,30	0,04 2,10
	1998 - 2003	1,28	0,61 2,68
	2004 - 2008	0,51	0,17 1,59
	2008 - 2012	0,34	0,11 1,06
	2012 - 2016	0,52	0,23 1,16

ANNEXE X

COMPARAISON DES TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE, MORTINATALITÉ ET MORTALITÉ NÉONATALE PRÉCOCE ENTRE 2012-2016 ET LES PÉRIODES PRÉCÉDENTES

Indicateurs	Périodes		Ratio	IC95%		p-value*
Mortalité Périnatale	2012 - 2016	1994 - 1998	0,66	0,32	1,38	0,54
	2012 - 2016	1998 - 2003	0,93	0,46	1,88	1,00
	2012 - 2016	2004 - 2008	1,53	0,68	3,45	0,61
	2012 - 2016	2008 - 2012	0,80	0,45	1,43	0,84
Mortinatalité	2012 - 2016	1994 - 1998	0,60	0,28	1,30	0,37
	2012 - 2016	1998 - 2003	1,16	0,52	2,62	0,99
	2012 - 2016	2004 - 2008	1,66	0,67	4,07	0,54
	2012 - 2016	2008 - 2012	0,75	0,40	1,38	0,69
Mortalité Néonatale Précoce	2012 - 2016	1994 - 1998	1,77	0,09	33,61	0,98
	2012 - 2016	1998 - 2003	0,41	0,09	1,87	0,49
	2012 - 2016	2004 - 2008	1,02	0,15	7,01	1,00
	2012 - 2016	2008 - 2012	1,53	0,22	10,53	0,97

* : p-value ajustée pour les comparaisons multiples selon la méthode de Tukey-Kramer

ANNEXE XI

COMPARAISON DES TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE, MORTINATALITÉ ET MORTALITÉ NÉONATALE PRÉCOCE POUR CHAQUE PÉRIODE PAR RAPPORT AU TAUX MOYEN DU QUÉBEC

Indicateur	Période	Taux (/1000)	IC95%	Taux Québécois (/1000)	p-value	Ratio (IC95%)
Mortalité Périnatale	1994 - 1998	5,92	3,82 9,17	7,2	0.3784	0,82 (0,50 - 1,27)
	1998 - 2003	4,19	2,79 6,31	7,0	0.0126	0,60 (0,38 - 0,90)
	2004 - 2008	2,56	1,55 4,25	7,2	<.0001	0,36 (0,20 - 0,59)
	2008 - 2012	4,89	3,63 6,60	7,2	0.0105	0,68 (0,49 - 0,92)
	2012 - 2016	3,92	2,93 5,25	7,3	<.0001	0,54 (0,39 - 0,72)
Mortinatalité	1994 - 1998	5,62	3,59 8,82	4,1	0.1659	1,37 (0,83 - 2,14)
	1998 - 2003	2,92	1,79 4,76	4,1	0.1699	0,71 (0,41 - 1,16)
	2004 - 2008	2,05	1,16 3,61	4,1	0.0142	0,50 (0,26 - 0,87)
	2008 - 2012	4,55	3,34 6,21	4,3	0.7184	1,06 (0,76 - 1,44)
	2012 - 2016	3,40	2,48 4,65	4,2	0.1828	0,81 (0,57 - 1,11)
Mortalité Néonatale Précoce	1994 - 1998	0,30	0,04 2,10	3,1	0.0034	0,10 (0,01 - 0,53)
	1998 - 2003	1,28	0,61 2,68	2,9	0.0253	0,44 (0,18 - 0,91)
	2004 - 2008	0,51	0,17 1,59	3,1	0.0004	0,17 (0,03 - 0,48)
	2008 - 2012	0,34	0,11 1,06	2,9	<.0001	0,12 (0,02 - 0,34)
	2012 - 2016	0,52	0,23 1,16	3,1	<.0001	0,17 (0,06 - 0,37)