

Guide de lecture de l'avis de l'INESSS sur la *Sécurité du lieu et conditions de succès de l'accouchement vaginal après une césarienne (AVAC)* – Position de l'OSFQ

En août 2019, en réponse à un mandat attribué par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a publié « *Sécurité du lieu et conditions de succès de l'accouchement vaginal après une césarienne* ¹ ». Les recommandations finales de cet avis ont suscité maintes réactions dans le milieu de l'obstétrique.

Mentionnons que les comités dans lesquels les membres de l'Ordre ont travaillé n'étaient pas décisionnels et n'ont pas approuvé les recommandations finales. La production de l'avis final appartenait au Comité d'excellence clinique. Ainsi, bien qu'ayant contribué, nous gardons un œil très critique sur le rapport final.

Le présent document a été élaboré en pensant aux commentaires que vous pourriez rencontrer lors de discussion avec l'équipe médicale sur votre pratique d'AVAC et à ce que vous aurez à discuter si des comités locaux sont mis sur pied afin de produire des outils harmonisés pour la clientèle. Précisons toutefois que l'ensemble du texte de l'avis amène plus de nuances. Nous recommandons de le lire lors d'élaboration de documents sur le sujet ou lors de préparation de discussion avec votre équipe médicale.

La capacité des femmes de faire un choix libre et éclairé est la pierre d'assise de la pratique sage-femme, et l'Ordre est d'avis que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles.

Ainsi, nous considérons nécessaire de vous transmettre les informations suivantes.

Points forts de l'avis

1. L'INESSS reconnaît le taux de succès d'AVAC plus élevé hors centre hospitalier.
« ...l'estimation de la proportion d'AVAC complétée hors centre hospitalier (ou accompagnement avec une sage-femme) est de 82 %, alors qu'elle est de 69 % en centre hospitalier. » (INESSS 2019, p.113)
2. L'INESSS reconnaît l'autonomie des femmes dans leur aptitude à faire un choix sur le lieu de naissance.
« Tous les efforts doivent être consentis afin d'assurer un choix éclairé dans un contexte de décision partagée en mettant en lumière les bénéfices et les risques, quel que soit le lieu considéré pour l'épreuve de travail et l'accouchement par voie vaginale après césarienne. » (INESSS 2019, p.125)

3. L'INESSS recommande une collaboration accrue des différentes équipes.

Le fait même d'entretenir des relations harmonieuses et de confiance avec les équipes référentes est un élément crucial pour la sécurité des femmes, plus particulièrement lors de transfert de soins.

4. L'INESSS reconnaît le manque de données probantes et recommande que le Québec se dote d'un système qui permette de colliger les données. Ces données québécoises permettraient de suivre la progression de la pratique et du caractère sécuritaire des ETAC.

Cette recommandation peut servir de levier dans les demandes de ressources pour colliger les données dans les différents services de sages-femmes.

5. L'INESSS reconnaît l'apport bénéfique de la pratique sage-femme sur les issues de santé maternelles et fœtales.

« Les valeurs de la pratique sage-femme contribuent clairement à éviter les interventions inutiles et à créer un climat propice à un accouchement naturel [...]. » (INESSS 2019, p.113)

6. L'INESSS reconnaît les habiletés de communication des sages-femmes dans l'accompagnement vers un choix éclairé.

7. L'INESSS reconnaît que la surveillance fœtale par monitoring fœtal électronique (MFÉ) peut alerter le clinicien de façon précoce, mais qu'incidemment il contribue à une augmentation des césariennes et interventions instrumentalisées dont les bénéfices ne sont pas observés dans la population générale. « Il n'existe pas de méthode ou d'indicateur spécifique pour détecter la rupture ni de consensus sur le moyen à privilégier, soit le MFÉ continu ou l'auscultation intermittente. » L'expérience du praticien avec l'AVAC et les différentes méthodes de surveillance fœtale sont les éléments principaux qui guideront le choix de la femme en regard de la méthode souhaitée.

L'INESSS conclut aussi que le déclenchement et l'augmentation du travail n'augmenteraient pas les risques de rupture utérine. De même, la péridurale semble être une intervention sécuritaire lors d'un ETAC.

8. L'INESSS met l'accent sur l'importance pour les professionnels en obstétrique de diffuser une information cohérente. Cela représente une occasion de discuter avec nos différents partenaires afin d'harmoniser les messages, incluant les facteurs favorables à la réussite de l'AVAC, au bénéfice des femmes.

Principales critiques

1. Les pratiques américaines ne sont pas comparables

Des études sur les pratiques des accouchements à domicile aux États-Unis ont été incluses dans le rapport. Le contexte de pratique des sages-femmes est très différent :

- Dans plusieurs états la pratique n'est pas encadrée (absence de formation obligatoire, de corridor de services, de réglementation, de surveillance de la pratique, de titre protégé);
- Dans plusieurs états, les sages-femmes qui sont reconnues comme professionnelles ne travaillent pas à domicile;

- Les services de sages-femmes sont en majorité payants, et certaines femmes n'ont pas de couverture d'assurance pour les frais médicaux, ce qui peut représenter une barrière à l'obtention de soins appropriés;
- Les statistiques de mortalité infantile et maternelle, notamment pour les accouchements à domicile, même en contexte d'accouchement sans antécédent de césarienne, sont plus élevées qu'au Canada;

Nous ne considérons pas que le contexte américain est comparable au contexte canadien. Si nous retranchons du rapport toutes les études américaines, les données concernant les issues néonatales sont non significatives.

Dans une des études citées, soit celle de Tilden, l'auteur dit même ceci : « In addition, certified professional midwives (CPM), who attend the majority of US home births, are unregulated in several states. (...) Evidence from Canada and Europe have demonstrated that integration of maternal care across birth settings is associated with lower rates of adverse outcomes in all settings and smaller or no morbidity differentials between settings. »^{iv}

2. Certaines études incluses n'auraient pas dû l'être

Bovbjerg 2017ⁱⁱ et Cox 2015ⁱⁱⁱ:

Ces deux études américaines sont basées sur des données colligées par *Midwives Alliance of North America* (MANA). Ces études incluent :

- Des accouchements à domicile faits par des non professionnels (par exemple *naturopathic doctor*), dans des contextes qui seraient traités comme de la pratique illégale au Québec. On peut douter de la qualité des actes, de la formation, du matériel et des médicaments disponibles et de l'existence d'ententes avec les milieux hospitaliers, essentiels pour une prise en charge rapide lors d'urgence;
- Des accouchements de femmes qui n'auraient pas été suivies par des sages-femmes au Québec. Des cas de mortalité néonatale rapportés l'ont été sur des sièges et des jumeaux à domicile. Des données concernant des accouchements de femmes hypertendues ont été incluses.

Tilden 2017^{iv} :

Cette étude américaine est basée sur l'équivalent des déclarations de naissance et des certificats de décès.

- On ne retrouve pas d'information sur le statut de la personne qui accompagnait l'accouchement à domicile ni même s'il y avait une présence.
- On ne retrouve pas l'information sur le statut normal ou non de la grossesse.
- Y sont inclus des accouchements à plus de 42 semaines d'aménorrhée (mais moins de 43) et des accouchements après 3 césariennes et plus.

Ces trois études sont déterminantes pour la section sur les issues néonatales dans le rapport de l'INESSS. Malgré le fait que ces études puissent être bien construites et de qualité, il n'en demeure pas moins qu'elles parlent d'un contexte qui n'est pas comparable à celui de la pratique sage-femme au Québec. De plus, selon les critères de sélection (annexe C^v), ces études auraient dû être éliminées.

3. Rupture utérine et issues néonatales défavorables

Selon les résultats de la méta-analyse de l'équipe de l'INESSS, le lieu de naissance n'a pas d'influence sur le risque de rupture utérine (INESSS 2019, p.22). Cela implique donc que s'il y a une mortalité ou des issues néonatales défavorables, on ne peut les lier à l'AVAC, mais bien à la pratique hors centre hospitalier dans un contexte non comparable.

Ce constat démontre qu'il est d'autant plus important de dénoncer l'utilisation des études des États-Unis, car toutes les études canadiennes sur l'accouchement à domicile démontrent sa sécurité.

Ce choix d'inclure les études américaines représente un danger de glissement sur la notion de sécurité de la pratique sage-femme et de la pratique hors centre hospitalier.

4. Bénéfices maternels vs risques néonataux

Un choix rédactionnel a été fait de donner plus d'importance aux risques néonataux qu'aux bénéfices maternels. Cette situation n'est pas anodine et est représentative de l'argumentation médicale en général : peu importe le bénéfice à la mère, du moment où le risque est possiblement augmenté pour le bébé, la décision devrait être en faveur de celui-ci.

Ce choix d'argumentation amène à conclure que le centre hospitalier est le lieu privilégié, basé sur les risques néonataux, en dépit du risque augmenté d'avoir une césarienne et donc plus de morbidité maternelle.

Aussi, il n'y a pas d'éléments de discussion documentés sur les avantages de l'AVAC par rapport à la césarienne répétée, élective ou non, pour la mère et aussi pour le nouveau-né.

Dans la même catégorie, il n'y a pas d'information sur les accouchements débutés hors centre hospitalier, transférés au médecin en cours de travail en prévention et les issues possiblement positives, notamment en regard de la préparation à la naissance, du caractère spontané du travail, de la motivation et de l'expérience de la femme. On ne fait que mentionner qu'il y a une possibilité de sous-estimation des issues négatives attribuables à la pratique hors centre hospitalier, car ces issues se constatent ou se réalisent lors de transfert sous responsabilité médicale.

Nous sommes conscientes que les données à ce propos sont inexistantes, mais elles devraient être évoquées, de même qu'il devrait être recommandé de les colliger.

5. Repérer des pratiques et des facteurs qui favorisent la réussite de l'AVAC

Ce point était un des mandats confiés à l'INESSS qui s'est résumé à des aspects très techniques, comme l'auscultation intermittente et la sécurité du déclenchement pharmacologique. Des aspects comme le suivi prénatal, l'information, le poids estimé du bébé, les conditions de la césarienne précédente, la mobilité lors de l'accouchement, tout ce qui favorise un accouchement physiologique n'ont pas été abordés. Cela faisait partie du mandat, cependant l'influence possible de ces critères n'a pas été documentée. Cela aurait pu faire partie de la collecte d'information, contribuant ainsi à modifier les pratiques et améliorer les chances de réussite d'un AVAC.

6. La chronodépendance

Dans le déroulement des travaux, les données concernant les temps de transferts pour le contexte québécois dans les cas d'infarctus du myocarde et les conclusions tirées pour les transferts en accouchements n'ont pas eu le temps d'être bien discutées.

Il y a plusieurs nuances à faire, notamment que lors des transferts faits par des sages-femmes, il y a une présence professionnelle tout au long du transport. On ne peut comparer les temps de transfert en situation imprévisible sans professionnel en place (infarctus ou AVC) et un accouchement planifié hors centre hospitalier (professionnelle sur place, corridor de service existant, surveillance en continu, transfert souvent en prévention).

De plus, il n'y a pas de données provinciales sur les temps d'accès à une césarienne à l'intérieur de l'hôpital selon certaines situations : jour, nuit, fin de semaine, niveau de soin de l'hôpital, etc. Nous avons contacté le MSSS à ce sujet et ces données sont inexistantes. Nous ne pouvons donc pas affirmer qu'il y a une prise en charge plus rapide lorsque tout se déroule en centre hospitalier. Il n'y a pas non plus de données disponibles sur les temps de transfert par les sages-femmes, dans un contexte urgent ou préventif.

La « chronodépendance » a donc été évaluée de manière incomplète. Devant l'absence de données probantes, la recommandation a été de privilégier le centre hospitalier, selon un principe de prudence hospitalo-centrée. L'accouchement hors centre hospitalier avec une professionnelle qualifiée a plusieurs fois été démontré comme étant sécuritaire, et même exposant les femmes à moins d'interventions médicales inutiles.

Cet avis n'est pas basé sur des preuves raisonnables qu'il y a une différence dans les issues négatives sur la santé maternelle ou néonatale due au délai de transport et de prise en charge des accouchements en provenance du domicile ou des maisons de naissance.

7. La conclusion globale de l'avis ne reflète pas l'ensemble des propos

La recommandation finale de considérer le centre hospitalier comme lieu privilégié pour l'ÉTAC est conditionnée principalement par les données des issues néonatales et les arguments de temps de transfert. Elle ne tient pas en compte des avantages pour la mère et le haut taux de réussite de l'AVAC hors centre hospitalier. Cette conclusion nuit aussi à l'amélioration des pratiques hors centre hospitalier, à l'amélioration de la prise en charge médicale et des délais de transfert. L'avis ainsi tranché rend plus difficiles les collaborations sur cette question. Il nuit à la vraie possibilité des femmes de faire un choix quant au lieu de naissance de leur enfant.

L'OSFQ continue de soutenir la pratique de l'AVAC par ses membres dans les trois lieux de naissance et croit que les sages-femmes sont à même de respecter des critères de sécurité quant au choix du lieu de naissance de chaque femme avec son histoire propre et unique, dans le cadre d'un suivi personnalisé.

En accord avec sa mission de protection du public, l'Ordre veut s'assurer que les femmes qui choisissent d'accoucher hors centre hospitalier aient accès à des services et des soins de santé sécuritaires, au même titre que celles qui choisiront le centre hospitalier.

L'OSFQ souhaite que chaque femme qui doit faire face au choix de l'AVAC et du lieu de naissance reçoive l'information juste et complète afin de prendre ses décisions de façon éclairée.

Références

- ⁱ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Sécurité du lieu et conditions de succès de l'accouchement vaginal après une césarienne. Rapport rédigé par Brigitte Côté, Alicia Framarin, Stéphanie Roberge et Josée-France Villemure. Québec, Qc : INESSS; 2019. 139 p.
- ⁱⁱ Bovbjerg ML, Cheyney M, Brown J, Cox KJ, Leeman L. Perspectives on risk: Assessment of risk profiles and outcomes among women planning community birth in the United States. *Birth* 2017;44(3):209-21.
- ⁱⁱⁱ Cox KJ, Bovbjerg ML, Cheyney M, Leeman LM. Planned home VBAC in the United States, 2004-2009: Outcomes, maternity care practices, and implications for shared decision making. *Birth* 2015;42(4):299-308
- ^{iv} Tilden EL, Cheyney M, Guise J-M, Emeis C, Lapidus J, Biel FM, et al. Vaginal birth after cesarean: Neonatal outcomes and United States birth setting. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(4): 403.e1-403.e8.
- ^v Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Sécurité du lieu et conditions de succès de l'accouchement vaginal après une césarienne Annexes complémentaires. Québec, Qc : INESSS; 2019. 99 p.