

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



Michel Rossignol MD MSc FRCPC

Faiza Boughrassa MD MSc

Jean-Marie Moutquin MD MSc FRCSC

Plan de la présentation

1. *Rappel des questions d'évaluation*
2. *Modèle des interventions évitables*
3. *Éléments de méthodes et de consultations*
4. *Évolution de quelques indicateurs en périnatalité au Québec*
5. *Résultats*
 - *Surveillance fœtale électronique en continu*
 - *Déclenchement du travail*
 - *Accélération du travail*
 - *Analgésie péridurale*
 - *Césarienne*
 - *Les interactions entre les interventions*
6. *Mesures prometteuses*
 - *Mesures générales*
 - *Mesures spécifiques*

Questions d'évaluation

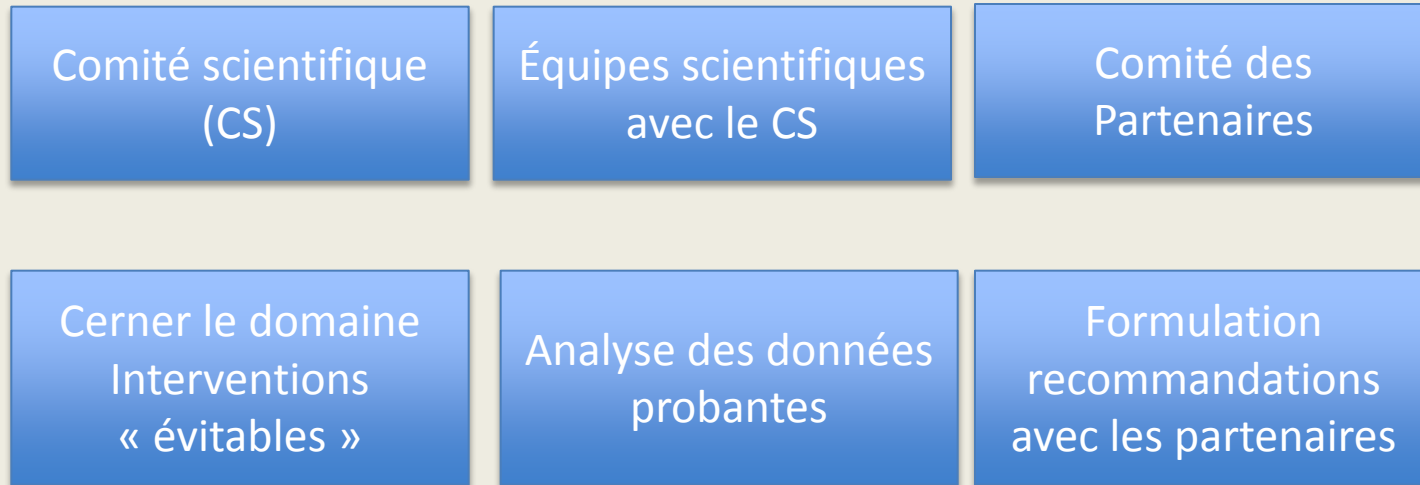
Pour les cinq types d'interventions :

- *Surveillance fœtale électronique continue*
- *Déclenchement du travail*
- *Accélération du travail*
- *Analgésie péridurale*
- *Césarienne*

1. *quelles sont les mesures qui pourraient être mises en place au Québec afin de diminuer le recours à ces interventions ?*
2. *quels sont les facteurs qui influencent le recours ou non à ces interventions ?*

Plan général

(travaux 2011-2012)



Identification du QUOI?
Quelles sont les interventions évitables, quelles alternatives, dans quels milieux de pratique etc.?

Identification du COMMENT?
Interventions efficaces pour réduire le recours aux interventions évitables.

Identification du QUI?
Quelles pratiques professionnelles? Quels environnements? Disparités régionales – inégalités sociales de santé?

Le comité scientifique

6 réunions de mai à décembre 2011

Marie-Josée Bédard

MD Gynéco-Obst., Professeure CHUM-Saint-Luc, Université Montréal

Nils Chaillet

PhD, Chercheur principal QUARISMA, CHU Sainte-Justine, Université Montréal

Christiane Charest

Inf, gestionnaire périnatalité-petite enfance, CSSS La Pommeraie

Luisa Ciofani

Inf, Prés. CAPWHN, Conseillère Cadre Soins Spécialisées- Périnatalité CUSM

Maxine Dumas-Pilon

MD Omni., Professeure Med. familiale – Obstétrique, CH Saint-Mary, McGill

Guy-Paul Gagné

MD Gynéco-Obst., Directeur AMPRO, Professeur CH Lasalle, McGill

Andrée Gagnon

MD Omni., Présidente Association omnipraticiens en périnatalité du Québec

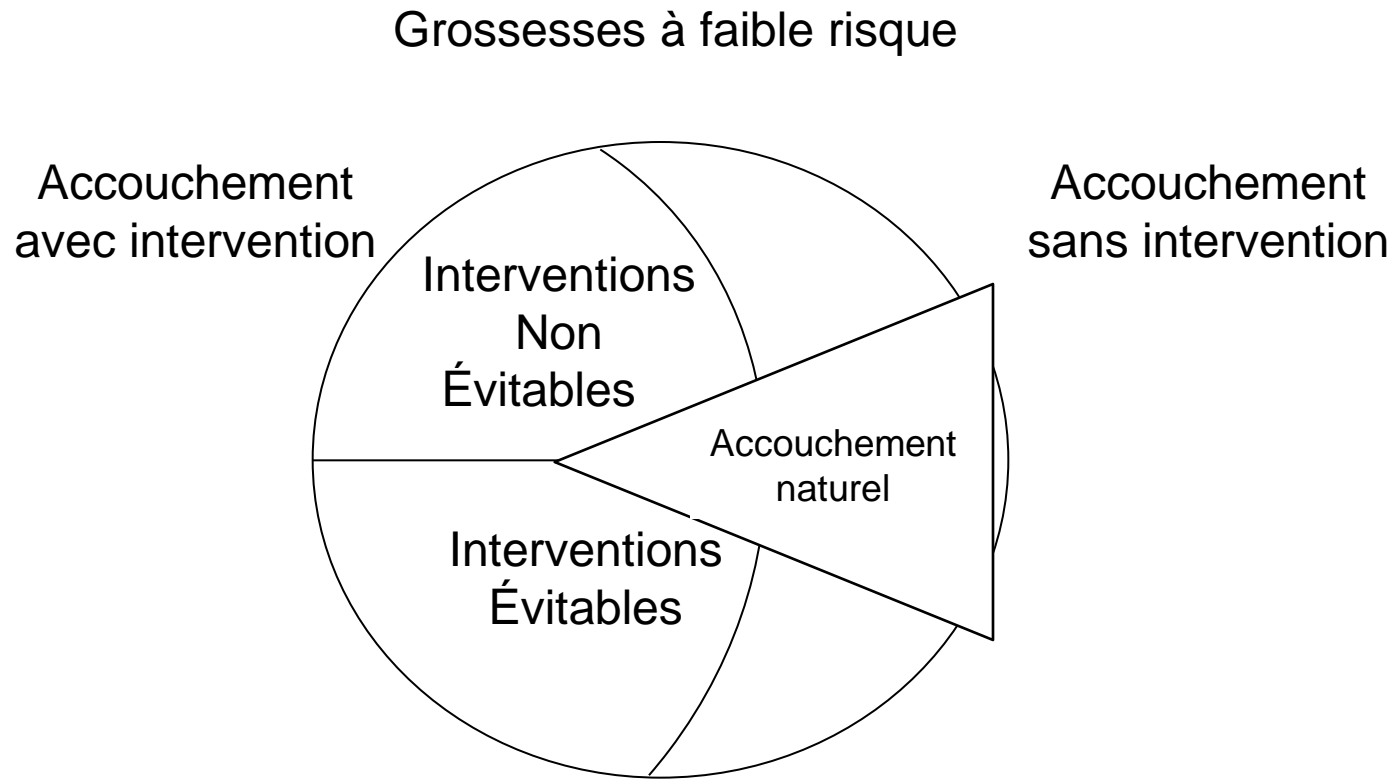
Raymonde Gagnon

Sage-femme, Professeure et Directrice du programme en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières

Vyta Senikas

MD Gynéco-Obst., Vice-présidente SOGC

Modèle conceptuel pour réduire les interventions obstétricales évitables



Le diagramme n'est pas à l'échelle – la taille des segments n'est pas proportionnelle à la réalité

Interventions évitables

Interventions évitables

Le concept d'évitabilité dans la littérature scientifique réfère à des résultats de morbidité et de mortalité qui peuvent être évitées par des interventions (vaccination, chirurgie etc.) – mais non aux interventions elles-mêmes.

Dans le contexte des grossesses à faible risque obstétrical, une intervention est dite « évitable » si :

- une alternative moins invasive, incluant la non-intervention, existe pour un résultat équivalent en termes de santé maternelle et néonatale,
- elle est générée par une autre intervention évitable en amont.

Grossesse à faible risque

Une grossesse à faible risque obstétrical est définie comme la réunion de conditions médicales, psychologiques et sociales favorables à un accouchement sans complication anticipée pour la mère et le nouveau-né tout au long de la grossesse et du travail.

Réf: Définition dérivée de la SOGC (liste des conditions dans le guide de pratique sur la surveillance prénatale) et de la HAS

Éléments de méthode (1)

Recherche documentaire

De janvier 2011 à mai 2012:

- plus de 4 000 résumés répertoriés;
- 306 documents retenus sur résumé;
- 99 documents pertinents retenus pour évaluation détaillée;
- 49 documents retenus pour extraction.

Sommaire des mesures pouvant réduire les interventions obstétricales visées.

Éléments de méthode (2)

Réalisation de méta-analyses

L'équipe de recherche de Nils Chaillet, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine réalise les méta-analyses:

- Méta-analyse des interventions visant à réduire les césariennes (publiée en 2007)
- Méta-analyse des méthodes de soulagement de la douleur durant le travail (travail original réalisé pour l'INESSS, 2012).

Éléments de méthode (3)

Atelier des partenaires (21 décembre 2011)

Présentation des mesures identifiées

Pertinence au plan professionnel	Acceptabilité pour les femmes et les couples	Faisabilité court ou long terme
1. Très pertinent et prioritaire	1. Devrait recevoir la faveur de la majorité	1. Certainement réalisable
2. Très pertinent sans être prioritaire	2. Pourrait recevoir la faveur de certains groupes	2. Probablement réalisable
3. Assez pertinent	3. La majorité devrait être indifférente	3. Pas d'opinion
4. Peu pertinent	4. Pourrait être inacceptable pour certains groupes	4. Difficilement réalisable
5. Pas du tout pertinent	5. Devrait être inacceptable pour la majorité	5. Impossible à réaliser
	X Non pertinent	X Non pertinent

Score de consensus: somme des trois cotes – 3 (élevé) à 15 (faible)

Éléments de méthode (3)

Atelier des partenaires (21 décembre 2011)

Présentation des mesures identifiées

Score de consensus construit sur:

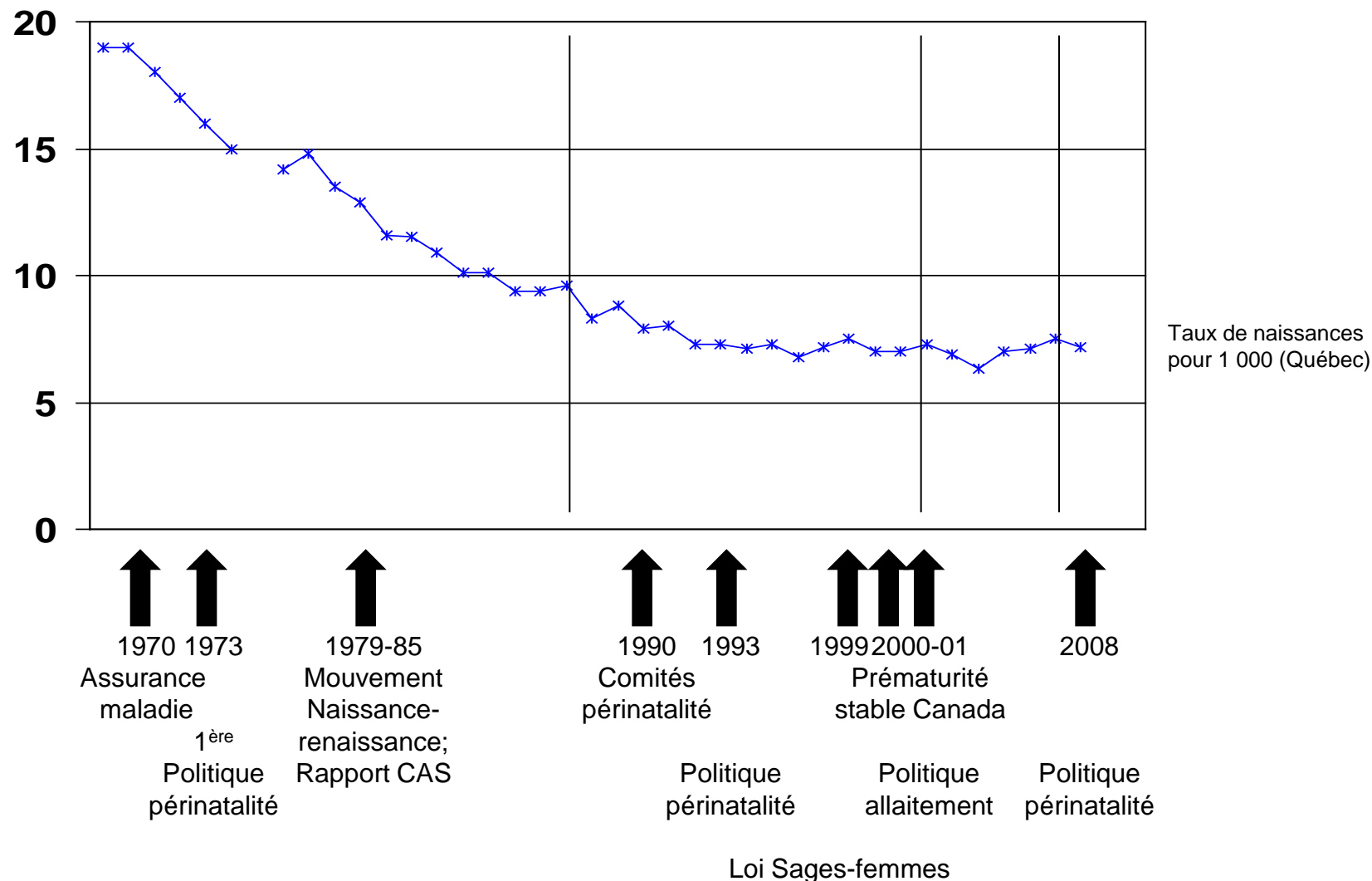
- Pertinence au plan des pratiques professionnelles
- Acceptabilité pour les femmes et les couples
- Faisabilité (court et long terme)

Éléments de méthode (4)

Gradation de la force des mesures

Force de la mesure	Interprétation	Preuve Scientifique	Consensus
A Élevé «Doit...» ou «Ne doit pas...»	La mesure permet d'accéder au résultat escompté par un niveau de preuves et de consensus élevés.	Élevé	Élevé
B Moyen «Devrait...» ou «Ne devrait pas...»	La mesure soutient la réalisation du résultat escompté par un niveau de preuve et de consensus moyen ou supérieur.	Moyen	Élevé
		Élevé	Moyen
C Faible ou absence «Pourrait...»	Il y a incertitude scientifique sur la capacité de la mesure d'accéder au résultat escompté mais un consensus existe qu'elle pourrait contribuer au résultat escompté.	Faible ou absence	Élevé ou moyen

Évolution du taux de naissance Québec 1969 - 2009

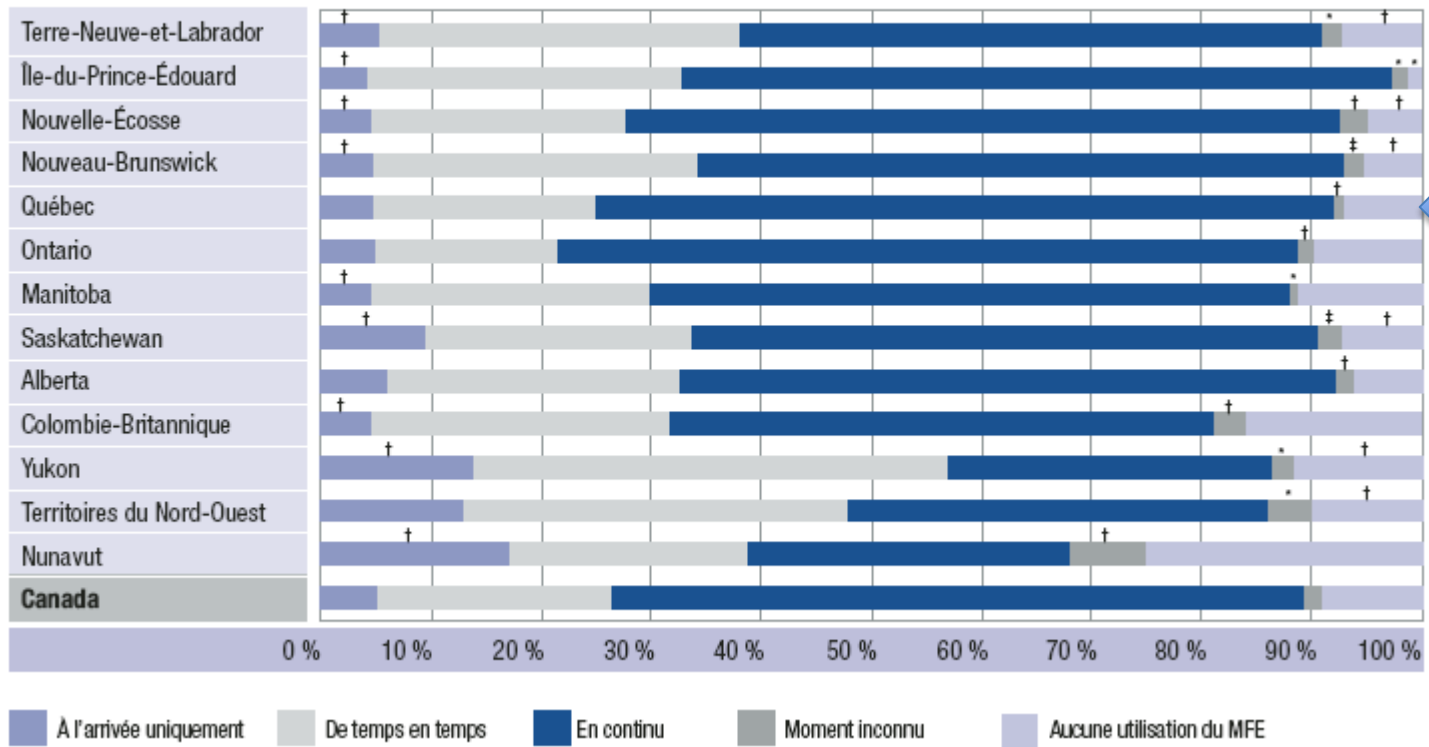


Source: Historique de la périnatalité au Québec, Association pour la santé publique du Québec (www.aspq.org)

Surveillance fœtale électronique (SFE) en continu

Surveillance fœtale électronique au Canada

Figure 21.1 Répartition de l'utilisation du monitoring fœtal électronique (MFE) pendant le travail chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Tiré de l'ASPC Rapport de l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, 2009 – l'auto-déclaration des mères pourrait inclure le Doppler pour l'auscultation intermittente.

Résultats

Surveillance fœtale électronique

Comparateur : auscultation intermittente (AI)

Recours aux interventions obstétricales

- Plus grand recours à la césarienne (à l'admission ou en continu si le RCF anormal) et à l'accouchement vaginal instrumentalisé,
- Plus grand recours à l'analgésie péridurale.

Santé néonatale

- Pas de différence sur les indicateurs de santé néonatale (une seule étude a rapporté un risque de convulsions néonatales avec AI – non reproductible dans les ECR ultérieurs).

Résultats

Surveillance foetale électronique

Enjeux :

La SOGC recommande l'AI comme la seule méthode de surveillance foetale intra-partum chez les parturientes à faible risque. Il est clair que la pratique actuelle dévie fortement de cette recommandation.

Obstacles à l'utilisation de l'AI :

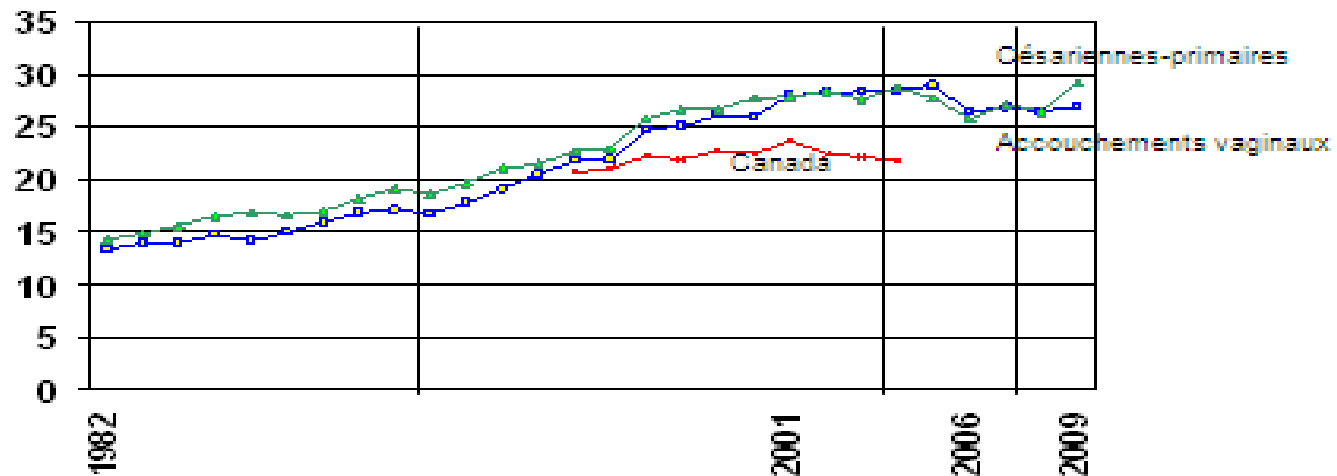
- Implantation et maîtrise de la technologie de surveillance foetale électronique
- Manque de compétence dans l'AI

Déclenchement du travail

Déclenchement du travail

Évolution du recours au déclenchement mécanique ou pharmacologique Québec 1982-2010

Taux
/ 100
accouchements



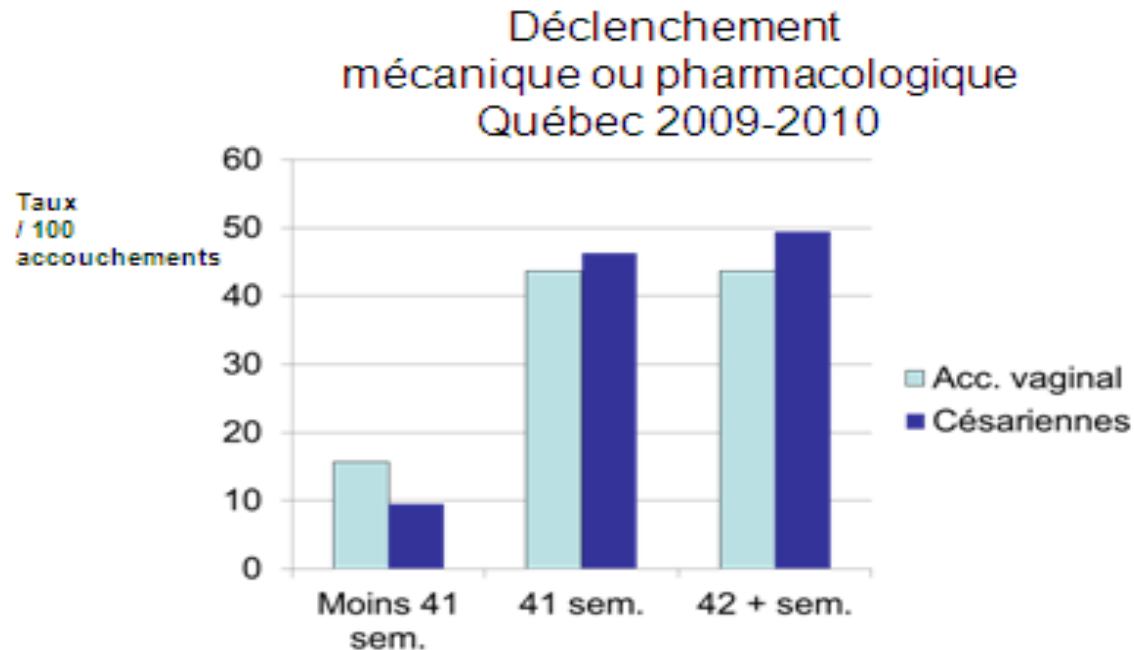
Fichier MED-ÉCHO – mise à jour 11 janvier 2011

Calculs de la Direction de l'allocation des ressources, DGCFB, MSSS.

Induction inférieure à 2% pour les césariennes itératives (non sur la figure).

Données canadiennes : ASPC Rapport sur la santé périnatale au Canada 2008.

Déclenchement du travail



Résultats

Déclenchement du travail

Comparateur : attente du travail spontané (expectative)

Recours aux interventions obstétricales

- Césarienne
 - Risque accru (ocytocine),
 - Risque plus faible (méthodes variées, PGE2, misoprostol forte dose),
- Accouchement vaginal instrumentalisé
 - Risque accru (mifepristone oral),
 - Risque plus faible (méthodes variées),
- Plus grand recours à l'analgésie péridurale (ocytocine, PGE2),
- Aucun effet (décollement des membranes , méthodes mécaniques, rupture prématurée des membranes des grossesses à terme).

Résultats Déclenchement du travail

Comparateur : attente du travail spontané (expectative)

Santé maternelle

- Réduction du risque d'hémorragie post-partum associée au décollement des membranes, de fièvre post-partum dans les cas de rupture prématurée des membranes,
- Aucun effet pour l'ensemble des autres méthodes (pharmacologiques ou mécaniques).

Santé néonatale

- Résultats non concluant sur la mortalité néonatale,
- Résultats mixtes sur l'admission aux soins intensifs néonataux et aucune différence sur les autres indicateurs de morbidité néonatale.

Résultats

Déclenchement du travail

Enjeux :

Variations entre les régions sur les indications et les méthodes relatives au déclenchement, incluant le postdatisme.

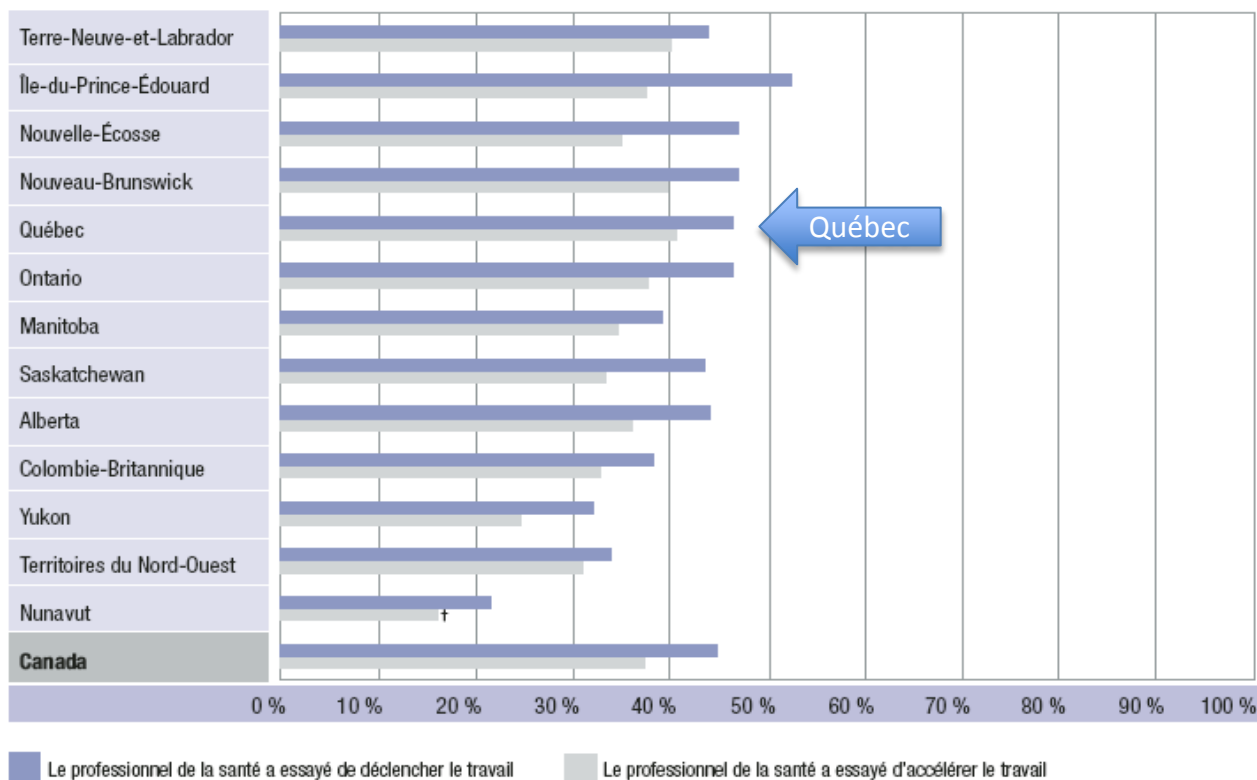
Obstacles à l'attente du déclenchement naturel :

- Manque de préparation et de soutien aux femmes
- Manque de formation sur le suivi de la 41^e semaine
- Date prévue de l'accouchement calculée à 40 semaines
- Admission précoce

Accélération du travail

Accélération du travail au Canada

Figure 20.1 Proportion de femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale dont le professionnel de la santé a essayé de déclencher ou d'accélérer le travail, selon la province ou le territoire, Canada, 2006-2007



Résultats

Accélération du travail

Comparateur : suivi du travail ou attente de reprise du travail (expectative)

Recours aux interventions obstétricales

- Peu ou pas d'effet sur le recours aux interventions obstétricales avec un effet ponctuel pour une réduction modeste du recours à la césarienne à la limite de la signification statistique.

Santé maternelle

- Réduction de la durée de la seconde phase du travail,
- Pas d'effet sur les autres indicateurs de santé maternelle.

Santé néonatale

- Pas d'effet sauf un seul résultat ponctuel et non reproductible pour une réduction du risque d'un score d'Apgar faible à cinq minutes (par rupture artificielle des membranes chez les primipares).

Résultats

Accélération du travail

Enjeux:

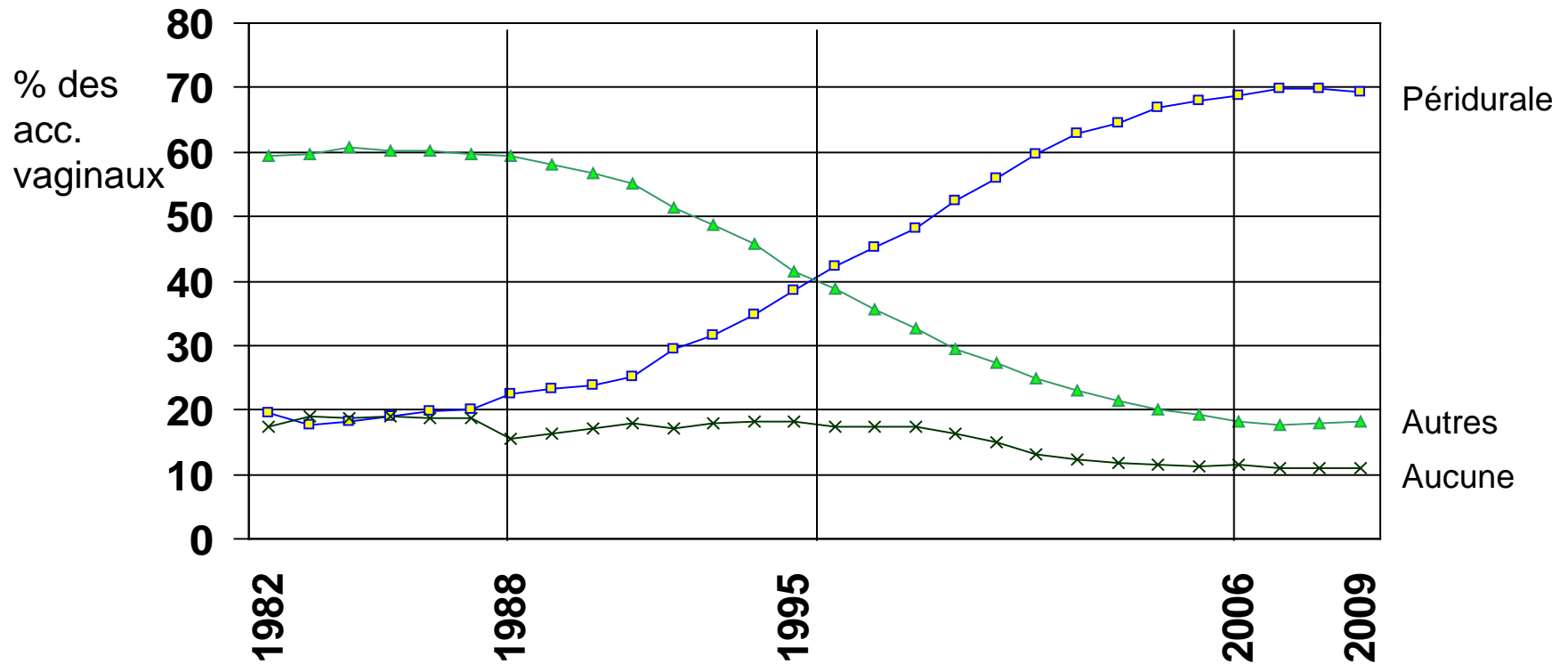
Absence de critère objectif d'indication pour l'accélération du travail.

Obstacles à la poursuite du travail naturel :

- Manque de préparation et de soutien aux femmes
- Pas de standardisation des indications et des pratiques
- Culture de performance

Analgésie péridurale

Évolution du recours à l'analgésie pour les accouchements vaginaux – Québec 1982-2010



Fichier MED-ÉCHO – mise à jour 11 janvier 2011
Calculs de la Direction de l'allocation des ressources, DGCFIB, MSSS.

Résultats

Soins habituels

(péridurale au besoin ou à la demande)

Comparateur : Soins habituels + analgésie non-pharmaco.

Recours aux interventions obstétricales

- Recours accru à la césarienne ,
- Recours accru à l'accouchement vaginal instrumentalisé,
- Recours accru à l'analgésie péridurale, déclenchement / accélération du travail.

Santé maternelle

- Plus faible satisfaction maternelle,
- Plus longue durée du travail,
- Pas d'influence sur l'allaitement maternel.

Santé néonatale

- Risque accru du risque d'Apgar faible à une minutes.

Contrôle de la douleur pendant le travail

Enjeux:

La question n'est pas de savoir si l'analgésie péridurale est évitable ou non puisqu'elle demeure la méthode la plus efficace de contrôle de la douleur, mais de pouvoir offrir aux femmes les méthodes non-pharmacologiques qui réduisent les inconvénients de l'analgésie péridurale et la satisfaction des femmes.

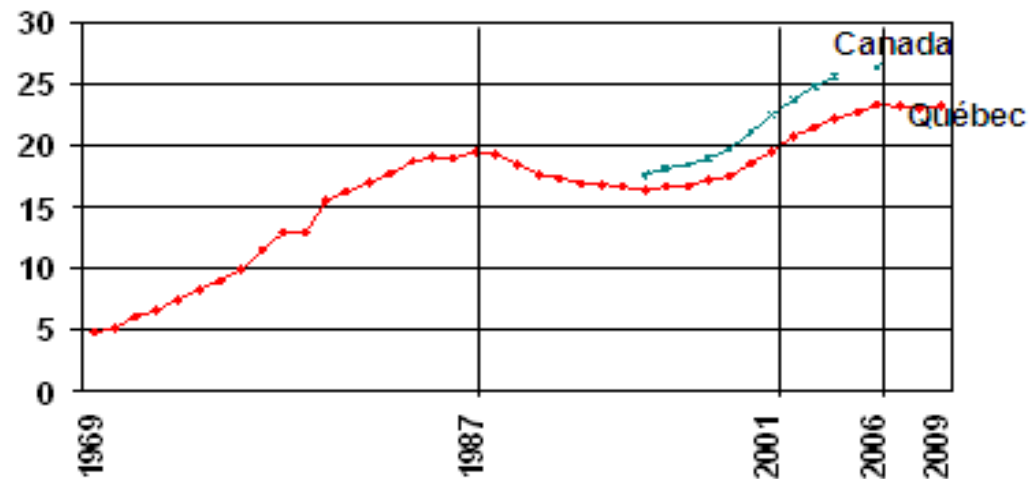
Obstacles aux approches non-pharmacologiques:

- Non disponibilité du soutien continu pendant le travail
- Expérience douloureuse d'un accouchement antérieur
- Exigence d'une préparation ante-partum des couples
- Barrières économiques (accompagnement non remboursé)

Césarienne

Césarienne

Évolution des taux de césariennes au Québec 1969 - 2009



Données du Québec: Fichier MED-ÉCHO – mise à jour 11 janvier 2011

Calculs de la Direction de l'allocation des ressources, DGCFIB, MSSH.

Données canadiennes publiées par l'ASPC dans Rapport sur la santé périnatale au Canada 2008 (1995-2004) et

Rapport sur l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (année 2006).

Résultats Césarienne

Méthodes pour réduire le recours à la césarienne *versus* soins habituels

- Les stratégies de type audit interne sur la pratique clinique visant l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux en équipe multidisciplinaire peuvent réduire de 13 % à 27 % les taux de césarienne,
- La réduction des césariennes ne s'accompagne pas de changements dans la morbidité ou mortalité maternelles ou néonatales,
- Tentatives d'AVAC: L'excès de ruptures utérines observé dans les études entre 1989 et 1999 n'est pas rapporté dans les méta-analyses d'études plus récentes.

Résultats Césarienne

Enjeux :

La césarienne arrive souvent à la fin d'une cascade d'interventions.

Obstacles à l'accouchement vaginal:

- Manque de formation et d'expérience, de protocoles de soins (AVAC, etc.)
- Considérations médico-légales
- Les interventions en amont
- Culture de soins mal adaptée aux grossesses à faible risque

Relations entre les interventions obstétricales

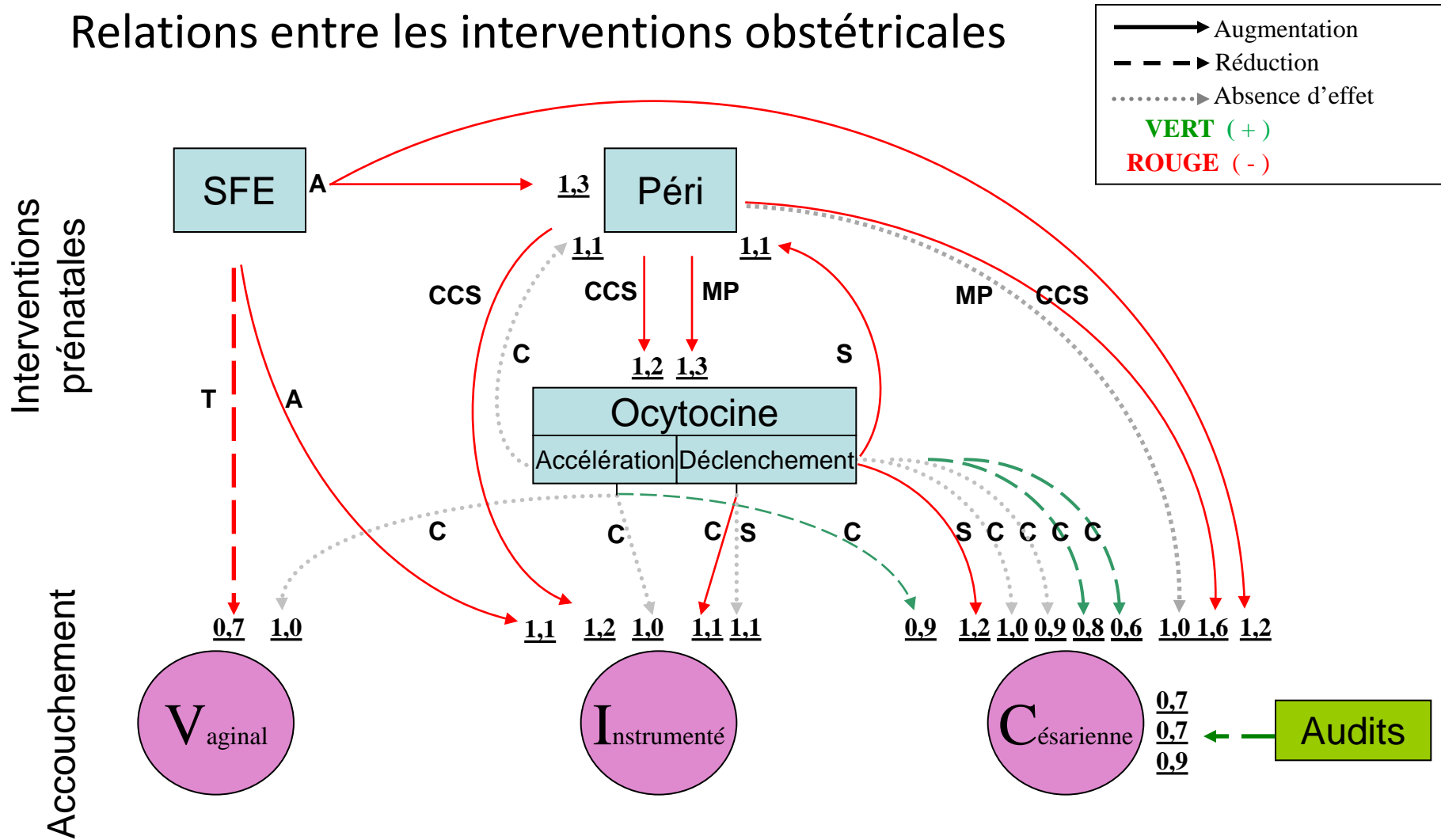


Figure: Relations entre les interventions obstétricales et les modes d'accouchement (risques relatifs ou rapport de cotes) pour les grossesses à terme et à faible risque

SFE = surveillance fœtale électronique à l'admission (A) ou en continu pendant le travail (T) VS auscultation intermittente
Péri = analgésie péridurale (dans les soins habituels) VS soins habituels + MP (mécanisme du portillon) ou CCS (contrôle par centres supérieurs)
Ocytocine = induction ou accélération entre 37 et 42 semaines de grossesse, Seule ou Combinée VS attente expectative ou placebo

Les mesures

visant à réduire les interventions obstétricales

Considérant que les interventions obstétricales entraînent un risque de recours à d'autres interventions dans un effet de cascade ;

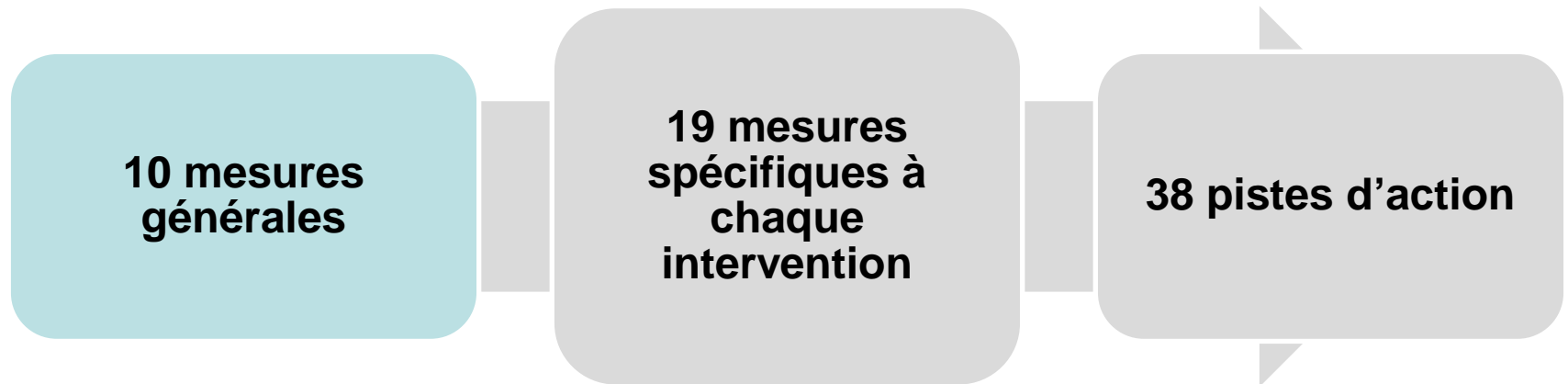
Considérant que des interventions non indispensables entraînent plus de risques que de bénéfices en termes de morbidité chez la mère et chez l'enfant ;

Considérant qu'il existe des preuves scientifiques suffisantes pour encourager l'accouchement vaginal physiologique,

l'INESSS recommande :

que le ministère de la Santé et des Services sociaux, maître d'œuvre de la politique québécoise de périnatalité 2008-2018, invite les associations de femmes, les établissements qui dispensent des soins d'obstétrique, les organisations professionnelles concernées et les établissements d'enseignement de l'obstétrique à se concerter afin d'élaborer, à partir des considérations et mesures suivantes, un plan d'action pour la réduction des interventions obstétricales évitables au Québec.

Les mesures



Mesures générales

Sur l'accompagnement :

- ...améliorer l'accès économique, culturel et géographique (mesure 1),
- ...prévoir des aménagements ou des locaux adaptés (mesure 2),
- ...promouvoir l'accouchement physiologique en milieu hospitalier (mesures 3,7,8),
- ... développer la fonction professionnelle de l'accompagnement (mesures 4,5).

Rôle de l'infirmière :

- ...valoriser le rôle de l'infirmière dans les soins obstétricaux par une reconnaissance professionnelle en soins spécialisés (mesure 6).

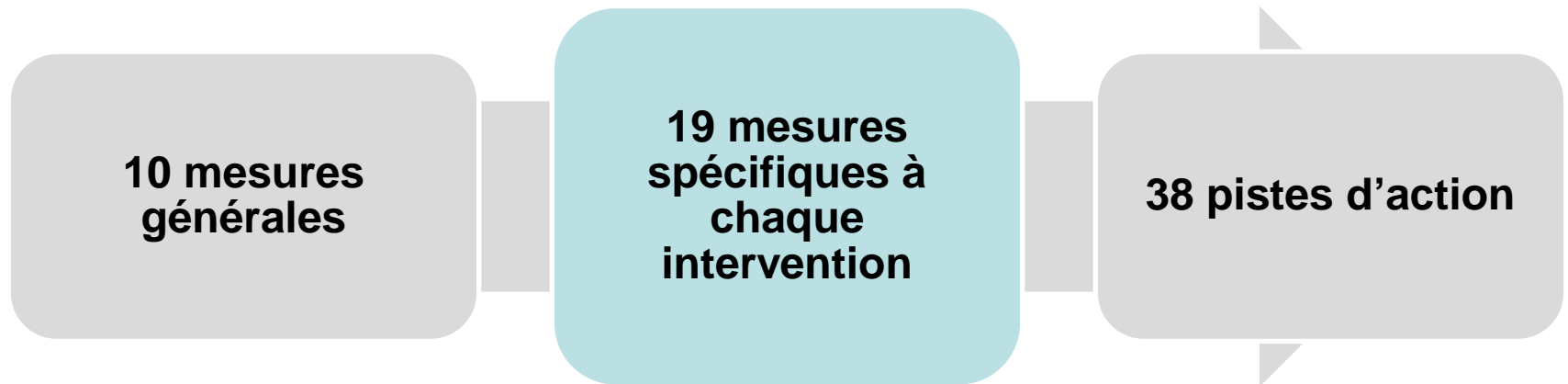
Monitoring :

- ...encourager les activités de monitoring et d'évaluation de la qualité des soins obstétricaux (mesure 9).

Statistique :

- ...implanter, à l'échelle de la province, une surveillance des statistiques des naissances selon le mode d'accouchement (mesure 10).

Les mesures



Mesures spécifiques SFE en continu

... développer et implanter un protocole d'auscultation intermittente en assurant la formation et la disponibilité du personnel en place avec clarification des modes d'utilisation pendant le premier stade de la phase active du travail (mesures 17,18).

Mesures spécifiques

Déclenchement / Accélération

Déclenchement du travail

... développer et implanter un guide de pratique sur le déclenchement du travail précisant les indications et le moment le plus approprié pour ce type d'intervention (mesure 20),

... prendre des mesures pour que le postdatisme ne soit pas évoqué avant 41 semaines de grossesse complétées (mesures 21,22).

Accélération du travail

... développer et d'implanter un guide de pratique sur la prévention (cohérent avec les méthodes non pharmacologiques) et la gestion de la dystocie du travail (mesure 24).

Mesures spécifiques Contrôle de la douleur

...rendre accessible le soutien continu, les méthodes non pharmacologiques et pharmacologiques (y compris l'analgésie péridurale à la demande de la parturiente) de soulagement de la douleur obstétricale (mesures 11,12),

...développer des guides de pratique clinique sur l'utilisation des méthodes non pharmacologiques de contrôle de la douleur obstétricale et des protocoles standardisés d'analgésie pharmacologique en respectant le déroulement physiologique du travail (mesures 13,14,15).

...

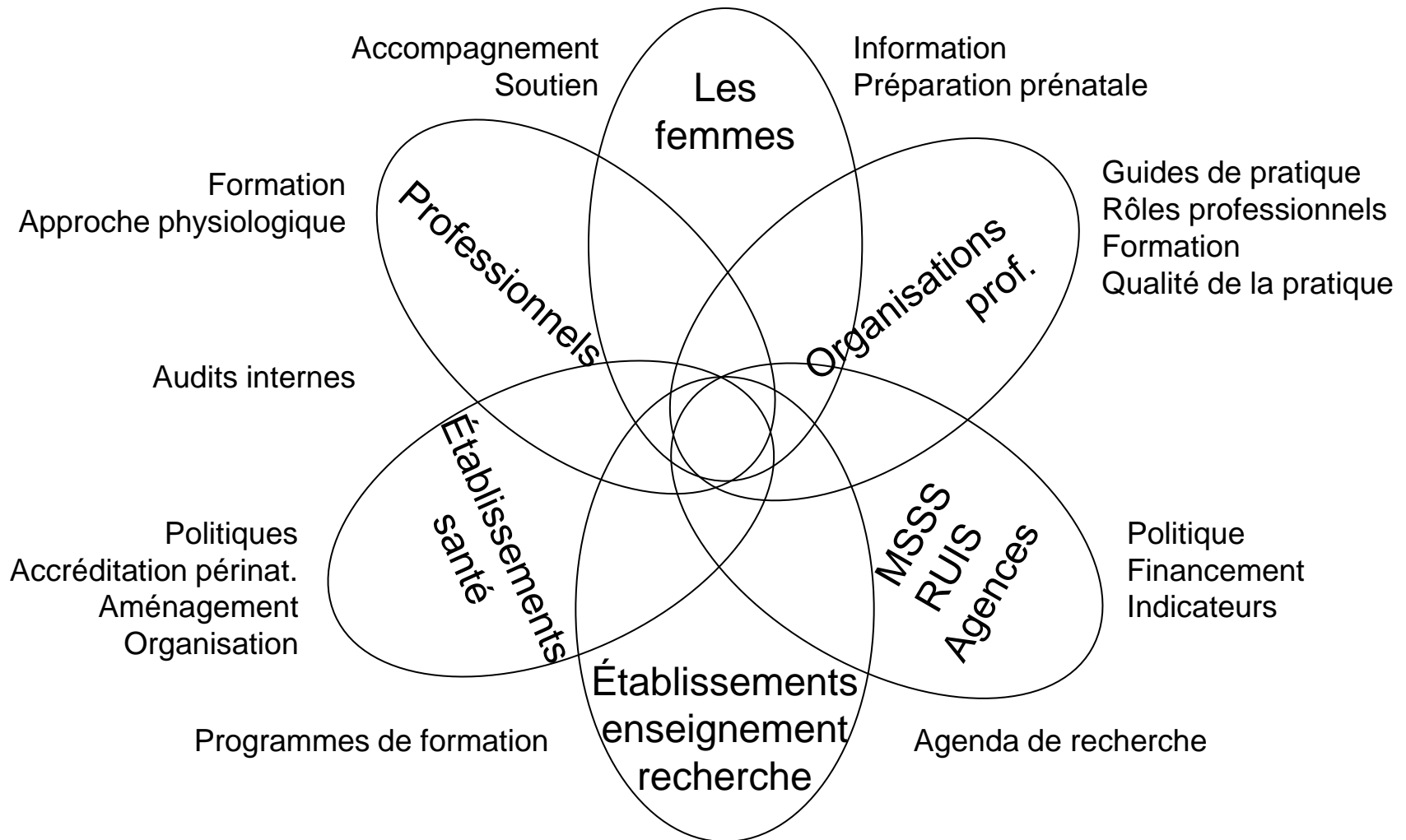
Mesures spécifiques Césarienne

... prendre les mesures pour favoriser l'accouchement vaginal en absence d'indication de la césarienne, incluant l'AVAC (mesures 25,26,27),

... assurer que tous les établissements offrant des services d'obstétrique puissent offrir un AVAC sécuritaire (césarienne d'urgence disponible) (mesure 28),

... promouvoir une pratique hospitalière (minimalement régionale) de la version par manœuvre externe des présentations par le siège (mesure 29).

Stratégies pour réduire les interventions obstétricales évitables



Vos questions et commentaires

Rapport sur: www.inesss.qc.ca

