Canadian Journal of Rural Medicine | Journal canadien de la médecine rurale

Spring 1998 Contents • Printemps 1998 Table des matières

Obstétrique rurale. Déclaration de principe conjointe sur les soins maternels en milieu rural

Le groupe de travail mixte de la Société de la médecine rurale du Canada, du Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

JCMR 1998;3(2):83

[English]

La présente déclaration de principe a été élaborée par le groupe de travail mixte de la Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), du Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) dont les membres étaient : Stuart Iglesias, MD, Hinton (Alberta); Stefan C.W. Grzybowski, MD, CCFP, MClSc, Vancouver (Colombie-Britannique); Michael C. Klein, MD, CCFP, FCFPC, FAAP (Neonatal-Perinatal), Vancouver (Colombie-Britannique); Guy Paul Gagné, MD, FRCSC, FSOGC, LaSalle (Québec); André Lalonde, MD, FRCSC, FSOGC, MSc, Ottawa (Ontario)

Ce document a été révisé et approuvé par le Conseil de la Société de la médecine rurale du Canada.

Table des matières

- Introduction
- Objectifs
- Définition du terme «rural»
- Arguments en faveur de soins maternels sécuritaires en milieu rural
- Définition des paramètres
- Recommandations
- Références
- Annexe 1. Directives cliniques de la SOGC sur les soins obstétricaux care

La Société de la médecine rurale du Canada (SMRC), le Comité sur les soins maternels du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) partagent le même engagement d'offrir des soins maternels optimaux aux Canadiennes. Un groupe de travail mixte composé de représentants de ces trois organismes a élaboré des politiques et des directives pour soutenir la prestation des soins maternels en milieu rural. Le groupe de travail reconnaît que l'implantation des recommandations est ultimement tributaire de la participation des femmes en milieux ruraux ainsi que des infirmières, sages-femmes et médecins qui y œuvrent.

Une Canadienne qui habite en milieu rural devrait avoir accès à des soins maternels de qualité et ce, le plus près possible de chez elle. Elle devrait, si cela est possible, accoucher dans sa localité, entourée du soutien de ses parents et amis. Par respect pour ces femmes, les politiques gouvernementales et les directives cliniques doivent promouvoir la mise en œuvre de programmes de soins maternels de qualité dans les régions rurales du Canada.

[Table des matières]

Objectifs

- De reconnaître et d'affirmer publiquement qu'une Canadienne qui habite en milieu rural doit pouvoir y accoucher en toute sécurité.

- D'affirmer, en portant une attention particulière aux collectivités rurales où on ne peut pratiquer de césarienne, que les soins maternels dispensés en milieu rural sont efficaces, appropriés et sécuritaires.

- D'inciter les responsables de programmes de soins maternels en milieu rural à adopter les normes les plus exigeantes d'une médecine axée sur les preuves scientifiques.

- D'aider les médecins, les infirmières et les sages-femmes qui œuvrent en milieu rural à acquérir les compétences de base, la formation professionnelle continue et les habiletés particulières nécessaires à la pratique des soins maternels en milieu rural.

- D'établir un cadre de pratique axé sur les preuves scientifiques de sorte qu'on puisse uniformiser par tout le pays les politiques locales de gestion de risque dans la pratique de l'obstétrique en milieu rural qu'élaborent les organismes de réglementation professionnelle, les services d'hôpitaux spécialisés et les départements universitaires.

- De contribuer à développer un sentiment de responsabilisation chez les femmes, les collectivités et le personnel qui y travaillent envers leur service local de soins maternels.

- D'encourager l'élaboration de bases de données périnatales en milieu rural.

- D'élaborer un cadre de travail et des critères qui facilitent l'examen des résultats par les pairs.

[Table des matières]

Définition du terme «rural»

La définition du terme «rural» comporte plusieurs facettes et l'interprétation qu'on en fait sera nécessairement plus ou moins arbitraire. Elle peut aussi bien réfléter le nombre d'habitants d'une région, l'effectif du personnel médical, le nombre de médecins spécialistes qui s'y trouvent, les établissements de soins de santé et l'équipment technologique sur place, que l'isolement.

«En général, la pratique en milieu rural est celle qui se pratique en milieu non urbain, où les soins médicaux sont dispensés par un nombre restreint d'omnipraticiens / médecins de famille et où l'accès aux médecins spécialistes et aux établissements de soins de santé de pointe est limité ou à une grande distance.1»

Cette définition exclut donc toutes les collectivités de milieu urbain ou de la banlieue ainsi que les établissements de soins santé de niveau II qui bénéficient d'un accès assez facile à un hôpital de niveau III. Il n'est pas certain qu'on doive désigner comme ruraux les grands hôpitaux de niveau II situés à une grande distance des grandes villes.

En pratique, actuellement au Canada, on définit une région «rurale et éloignée» comme étant située entre 80 et 400 km d'un grand centre hospitalier régional et une région «rurale isolée» comme étant située à plus de 400 km ou à environ 4 heures de voyage par beau temps d'un tel centre. Au Canada, certaines régions rurales dont les populations sont très dispersées sont desservies par des centres hospitaliers de nature rurale bien que situés en deça de 80 km de petits centres urbains. Ces petits centres hospitaliers fonctionnent de façon relativement autonome et offrent des soins maternels adéquats et sécuritaires. Les établissements de ce genre sont classés «ruraux rapprochés»2.

L'indice de ruralité en pratique générale formulé par Leduc est un instrument plus adéquat qui ne tient pas simplement compte de la distance pour juger de la «ruralité» d'une collectivité3. On y accorde des points selon les critères suivants : l'éloingement d'un centre de référence de pointe, l'éloingement d'un centre de référence de niveau I, l'importance du bassin de population, le

nombre de médecins de famille et de spécialistes, et la présence d'un centre hospitalier de soins actifs.

Au Canada, on prodigue, en milieu rural, divers types de soins maternels. Dans certains centres hospitaliers, on appliquera des stratégies de gestion de risque plus prudentes en fonction des attitudes personnelles, des problèmes au niveau du personnel et des ressources, des difficultés quant à la communication et au transport, et selon les compétences. Connaissant bien les avantages certains et les risques inhérents, certaines patientes décideront de se déplacer pour accoucher dans un plus grand centre. Toutes ces décisions devraient être appuyées dans le cadre de cette déclaration de principe.

Il existe cependant, en milieu rural, des programmes de soins maternels où infirmières, sages-femmes et médecins ont reçu une excellente formation, participent aux programmes de formation professionnelle continue et ont à cœur d'offrir des soins obstétricaux de qualité supérieure. En cela, ces personnes jouissent de l'appui de leurs patientes et de la collectivité. Elles peuvent, par exemple, vouloir stimuler le travail par l'administration d'oxytocine ou le déclencher par divers moyens, offrir une gamme complète de choix d'analgésiques ou encore acquérir des compétences particulières. La présente déclaration se veut un cadre de travail qui assurera que les conditions de sécurité, de prestation de soins appropriée et de responsabilité seront respectées suivant une stratégie de gestion du risque établie à l'intention des femmes, de la collectivité et du personnel professionnel.

Les recommandations proposées dans la présente déclaration peuvent s'adapter aux différents programmes de soins maternels en milieu rural tout en encourageant et en reconnaissant l'excellence de ces soins.

[Table des matières]

Arguments en faveur de soins maternels sécuritaires en milieu rural

On a procédé à une recherche de la base de données MEDLINE concernant les ouvrages parus de 1980 à 1997 à partir des mots vedettes-matières MeSH (Medical Subject Headings) rural et obstetrics qu'on a recoupé avec les termes maternity, perinatal, asphyxia et cesarean section. On a retenu des études de cas-témoins et des études comparatives par cohortes bien structurées ayant rapport aux questions soulevées plus bas. On n'a relevé aucune étude sur échantillon aléatoire et contrôlé. De plus, Tom Nesbitt et Roger Rosenblatt, qui tous deux ont effectué des recherches en la matière, ont été consultés4,5.

On a estimé qu'en raison du contexte canadien, les seules études valables étaient celles dont les données avaient été obtenues à partir de services périnataux structurés où on facilite la consultation et où les patientes en milieu rural peuvent être dirigées vers un centre de

périnatologie.

En milieu rural, est-il préférable d'avoir un service d'obstétrique aussi limité soit-il, que de ne pas en avoir du tout?

Les seules études disponibles sur le sujet proviennent des États-Unis. Une étude menée dans l'état de Washington démontre que les femmes qui habitent dans des localités où l'accès aux soins locaux est difficile (que John Nesbitt a appelées high outflow communities) sont plus sujettes à accoucher prématurément, à nécessiter une hospitalisation prolongée et coûteuse, ou les deux4. Larimore et Davis ont observé une hausse significative et chiffrable de mortalité chez les nouveau-nés, attribuable à la pénurie de prestateurs de soins maternels dans les régions rurales de la Floride6.

Le manque de services maternels locaux peut mener à un isolement et nuire à la santé des femmes qui n'ont pas les moyens de se déplacer vers une autre localité pour y recevoir les soins prénatals et intrapartum courants. Personne n'aura la formation nécessaire pour prendre en mains les cas urgents. L'absence de soins intrapartum ne mènera qu'à une réduction des ressources et de l'expertise en soins prénatals.

Un service de soins maternels de petite taille en milieu rural où l'on peut pratiquer des césariennes est-il plus sécuritaire qu'un service où cela est impossible?

On n'a encore jamais effectué, en milieu rural, de comparaison entre les services où on a la possibilité d'effectuer une césarienne et ceux où on ne l'a pas. Il est donc essentiel que, dans les localités où l'on a la possibilité d'effectuer des césariennes, on continue à le faire, et ce, jusqu'à ce qu'une telle étude soit disponible. Il serait également opportun qu'on continue à offrir des soins maternels dans les localités où l'on a présentement un bon service en obstétrique, mais sans possibilité de faire des césariennes. Il existe actuellement, au Canada, 125 centres hospitaliers où l'on offre des soins obstétricaux sans qu'on puisse y pratiquer de césarienne7.

Les résultats des programmes obstétricaux des hôpitaux ruraux sont-ils comparables aux résultats obtenus dans les hôpitaux urbains?

La recherche n'est pas abondante. Il existe très peu d'études comparatives par rapport aux résultats obtenus à la suite de soins reçus dans les hôpitaux de différentes tailles dont les plus petits n'offrent pas de possibilité de césarienne. Black et Fyfe ont étudié les grossesses et les accouchements dans le nord de l'Ontario8. Ils ont attribué l'issue des grossesses au lieu de résidence de la mère et à l'hôpital desservant le bassin de population où elle habitait. Ils ont démontré que, même quand les issues périnatales défavorables étaient attribuées au centre hospitalier local, le taux de mortalité périnatale était comparable, que la population soit desservie par un hôpital de niveau I ou par un plus grand centre de niveau II ou III.

En Nouvelle-Écosse, Peddle et ses collègues ont constaté que les petits centres hospitaliers communautaires avec un débit de moins de cent accouchements par année avaient le taux le plus bas de mortalité et de morbidité de la province9. Ces centres avaient effectué 23 % des accouchements dans la province.

Une étude qui a porté sur les soins maternels offerts sur une période de cinq ans aux populations éloignées de la Colombie-Britannique n'a indiqué aucune issue défavorable attribuable à l'impossibilité de pratiquer la césarienne10.

Des données d'ordre international provenant de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande indiquent que les femmes qui accouchent dans les hôpitaux ruraux dont les effectifs ne comptent que des omnipraticiens et des sages-femmes, qu'ils aient ou non la possibilité de pratiquer des césariennes, ont moins d'accouchements prématurés et moins de bébés souffrant d'hypoxie, ainsi que des taux de mortalité périnatale inférieurs par poids spécifique que les patientes qui accouchent dans les centres de soins de niveau II et III vers lesquels on dirige habituellement les grossesses5,11.

Bref, les preuves semblent indiquer que les hôpitaux ruraux dont les services sont limités et où il n'y a souvent pas de possibilité d'effectuer des césariennes offrent des soins maternels raisonnablement sécuritaires. Qui plus est, et c'est sans doute là le plus important, les populations desservies par des hôpitaux ruraux qui n'offrent pas de soins maternels semblent avoir des résultats périnataux plus défavorables.

Bien que limitées, les données canadiennes indiquent clairement que les services maternels en milieu rural devraient être maintenus.

L'orientation de la recherche

À l'exception de l'étude portant sur les naissances en Nouvelle-Zélande5, les recherches citées plus haut ont porté sur de faibles échantillonages. La faiblesse de l'étude néo-zélandaise est attribuable au fait que les résultats ont été imputés à l'hôpital où l'accouchement a eu lieu plutôt qu'à l'hôpital qui dessert la collectivité où habite la mère, comme ce fut le cas dans l'étude de Black et Fyfe dans le nord de l'Ontario8. Il est urgent qu'on entreprenne, au Canada, une étude portant sur les résultats, tant pour la mère que pour le nouveau-né, des accouchements dans ces petits hôpitaux. Il faudrait également comparer les questions de sécurité et de soins prodigués aux populations desservies par de petits hôpitaux avec ou sans possibilité de césarienne. Il faudrait encore plus de renseignements quant aux résultats dans les collectivités où il n'y a plus de service de maternité.

L'examen des résultats

Il faudrait monter et coordonner d'imposantes bases de données tant nationales que provinciales

afin de comparer pratique et résultats. Idéalement, les résultats périnataux devraient s'appliquer au service de soins maternels qui dessert le lieu de résidence de la mère plutôt qu'au lieu de l'accouchement. Une telle analyse des résultats porterait sur le système de soins plutôt que sur la population sélectionnée qui accouche dans les hôpitaux locaux. Par la même occasion, le rapport démographique entre les accouchements effectués localement et les transferts intrapartum constituera un bon indicateur de la qualité des soins.

Les statistiques par centre hospitalier permettront une évaluation de l'hôpital et de la pratique obstétricale, ainsi qu'un retour d'information qui stimulera peut-être les efforts locaux d'amélioration de la qualité. Établi en 1991, le Northern and Central Alberta Education and Audit Program (NCAEAP) est un bon exemple d'un système d'examen effectué par un hôpital et qui fonctionne bien. Presque tous les hôpitaux de la province, qu'ils soient de niveau I, II ou III, y prennent part, et les participants peuvent obtenir des statistiques comparatives sur les hôpitaux ainsi que des statistiques confidentielles sur la pratique des médecins. Des bases de données semblables existent en Colombie-Britanique et en Nouvelle-Écosse. Il faudrait, dans un effort de collaboration nationale, procéder à une collecte normalisée de données. De telles données seront éventuellement disponibles par l'entremise du Système canadien de surveillance périnatale.

[Table des matières]

Définition des paramètres

La régionalisation

Les femmes qui présentent des risques élevés d'avoir des résultats défavorables pendant la grossesse ou l'accouchement devraient accoucher dans les centres qui offrent des services et l'équipment technique pour gérer les complications du travail et de l'accouchement. Une régionalisation des soins maternels semblable à celle qui existe au Canada pour les soins médicaux et chirurgicaux apparait bien convenir au milieu rural. La régionalisation y est bien perçue, à la fois par le public et par les spécialistes de la santé qui y voient une excellente façon de planifier les soins maternels.

La gestion du risque

On n'arrivera jamais à éliminer le risque. En obstétrique, le risque existera tant qu'il y aura, au sein des collectivités, des femmes en âge de procréer. Bien que, dans une certaine proportion, on puisse anticiper le risque, il reste que, dans un nombre appréciable de cas, l'issue défavorable est inattendue. On relève, par exemple, dans les données manitobaines, le cas d'un hôpital général où on a dû procéder à la réanimation de 10 % des bébés considérés à faible risque avant l'accouchement12.

Dans certains cas, on peut, avant l'accouchement, identifier la patiente à risque accru dont on effectuera le transfert malgré le risque inhérent. Les incidents intrapartum exigent une fréquente évaluation du risque, une communication constante et le consentement éclairé.

L'unité locale de soins est ultimement responsable de la gestion du risque et des complications des cas de maternité. Le personnel professionel, les conseils d'administration des hôpitaux et les collectivités doivent collaborer à mettre sur pied et à maintenir un ensemble de mécanismes fondés sur les résultats et sur les directives cliniques, et qui permette de faire face à toute complication qui pourrait survenir.

En outre, on doit mettre sur pied un processus officiel de gestion du risque. La gestion du risque est un processus continu13 qui s'amorce avec l'identification et l'analyse du risque; viennent ensuite les mesures prises pour le gérer puis, enfin, l'évaluation des résultats. Il s'agit d'un cycle continu qui ramène à une nouvelle identification et une nouvelle analyse, en vue d'une amélioration constante de la qualité des soins.

Les directives cliniques

La SOGC a élaboré une série de directives cliniques et de déclarations de principe qui proposent une stratégie de base concernant la gestion des problèmes courants liés aux soins maternels (voir annexe 1). La SMRC et le Comité sur les soins maternels du CMFC y souscrivent et les considèrent pertinentes et sécuritaires pour la pratique rurale sous réserve de certaines questions soulevées dans les directives cliniques sur le monitorage fœtal (annexe 1). En général, au Canada, lorsqu'il s'agit de la grossesse à faible risque, on doit se conformer systématiquement aux directives cliniques et aux déclarations de principe. À l'avenir, une directive émise par l'un des trois organismes et qui porte sur les soins maternels devrait être soumise à un processus expéditif et efficace de consultation et d'approbation conjointe.

La SOGC a déclaré que «les directives cliniques n'ont pas pour but de déterminer les normes de soins ni d'imposer un mode de traitement exclusif à suivre14». La Société a de plus déclaré : «Dans certains cas, les changements dans la pratique peuvent être opportuns, compte tenu des besoins des personnes, des ressources disponibles et des limites particulières d'un établissement ou d'un mode de pratique. Une directive clinique peut être modifiée et le sera selon les circonstances qui prévalent. Il faut alors qu'il y ait document à l'appui à ce service et/ou à cet établissement.»

Le fait que la SOGC se montre flexible quant à l'application au niveau local de ses directives cliniques ne doit pas mener à la conclusion qu'on peut utiliser des standards de pratique inférieurs en milieu rural canadien. On doit faire preuve de même degré de diligence envers la parturiente à faible risque qu'elle soit admise dans le plus petit hôpital de niveau I ou dans un grand centre de niveau III. Il faut, pour ce faire : 1) Un engagement durable de la part du Canada rural de fournir les ressources financières et humaines qui lui permettent de répondre aux normes nationales de

soins maternels, et 2) La prise de conscience que la perte de services de soins maternels risque d'entraîner, pour les collectivités rurales, une dégradation des résultats périnataux même lorsque les patientes peuvent être déplacées vers un excellent centre de soins maternels.

Une médecine axée sur les preuves scientifiques

Nous devons tous nous efforcer d'exercer notre profession selon les meilleurs renseignements disponibles fondés sur les preuves scientifiques. L'élaboration de politiques et de directives cliniques doit s'inspirer d'un examen critique de la documentation pertinente. La base de données de Cochrane15 en donnera le résumé ainsi qu'une méta-analyse d'études randomisées et contrôlées. Lorsque ces renseignements n'existent pas, on devrait encourager la recherche dans le domaine.

Le choix éclairé

Les femmes devraient prendre leurs décisions de concert avec leurs prestateurs de soins maternels. Le choix éclairé demande une transparence absolue envers les futures mères quant aux avantages et aux limites de leur centre local de soins maternels et ceci, à la lumière des directives cliniques et de l'examen des résultats qui y sont obtenus. La question du risque obstétrical prévu, des dates prévues et des modalités de transport doit être abordée. Il faut discuter des conditions nécessaires et des risques associés au déplacement vers un centre de soins de niveau II ou III. Chaque femme doit pouvoir choisir l'endroit où on lui prodiguera les soins maternels. Le processus de transparence et de décision doit être maintenu pendant la période intrapartum, au fur et à mesure des évaluations systématiques du risque durant le travail.

Les caractéristiques d'un service de maternité sécuritaire en milieu rural

Les éléments suivants sont essentiels à une stratégie de gestion du risque en milieu rural :

- Des intervenants professionnels habiles, compétents et engagés.
- Des moyens financiers et techniques qui permettent d'adhérer aux normes de soins nationales.
- Des protocoles écrits et détaillés traitant du transport.
- Des relations de communication et de collaboration étroites avec les centres de référence régionaux.
- Un examen continu des résultats et des programmes d'amélioration de la qualité.

[Table des matières]

Recommandations

1. Les Canadiennes qui habitent en région rurale doivent recevoir à des soins maternels de grande qualité.

2. Les hôpitaux en milieu rural doivent, dans le cadre d'un système régional de gestion de risque, offrir des soins maternels aux femmes à faible risque. Bien que les services d'anesthésie et de chirurgie soient un atout, les preuves scientifiques semblent indiquer que, lorsqu'un système de gestion du risque est en place, de bons résultats peuvent être obtenus même si on ne peut recourir à la césarienne.

3. Les normes de soins doivent être les mêmes pour les soins maternels de toutes les femmes à faible risque.

4. Les services de soins maternels en milieu rural doivent élaborer une stratégie de gestion du risque documentée selon les règles dans laquelle on aborde les questions de la gestion du risque obstétrical, les soins offerts dans la région, les ressources du milieu et les modalités de transfert.

5. Les prestateurs de soins de maternité doivent posséder les habiletés considérées nécessaires en situation d'urgence et avoir suivi un cours de gestion du risque, par exemple, ALSO / GESTA et NRP. On devrait regrouper ces derniers en un seul programme qui serait enseigné sur place au Canada rural.

6. La SOGC, le CMFC et la SMRC doivent promouvoir l'utilisation des directives de la SOGC qui sont appropriées et applicables en région rurale au Canada. Ces dernières peuvent être modifiées au besoin selon les circonstances particulières de la pratique en milieu rural dans le but de respecter la norme unique de soins périnataux au Canada. Les directives cliniques obstétricales pertinentes paraissent à l'annexe 1.

7. Les bases de données périnatales régionales doivent être démographiquement représentatives. Ces bases de données doivent être liées entre elles afin de promouvoir la recherche en soins maternels en milieu rural et de permettre une véritable comparaison des résultats.

8. Les bases de données périnatales régionales doivent fournir aux hôpitaux et aux prestateurs de soins maternels les renseignements nécessaires aux fins d'examen et d'amélioration constante de la qualité (ACQ).

9. À l'avenir, une directive relative aux soins maternels émise par l'un des trois organismes devra être soumise à un processus expéditif et efficace de consultation et d'approbation conjointe.

[Table des matières]

Références

1. Rourke J. In search of a definition of "rural." Can J Rural Med 1997;2(3):113-5.
2. L'Association canadienne des médecins d'urgence. Recommendations for the management of rural remote and rural isolated emergency health care facilities in Canada. Ottawa : L'Association; 1997. p. 6.
3. Leduc E. Defining rurality: a general practice rurality index for Canada. Can J Rural Med 1997;2(3):125-31.
4. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, Rosenblatt RA. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. Am J Public Health 1990; 80(7):814-8.
5. Rosenblatt RA, Reinken J, Showmack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Evidence from New Zealand's regionalised perinatal system. Lancet 1985;2:429-31.
6. Larimore WL, Davis A. Relationship of infant mortality to availability of care in rural Florida. J Am Board Fam Pract 1995;8:392-9.
7. Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G, Kaczorowski J. Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique. Ottawa : Santé Canada et Institut canadien de la santé infantile; 1995.
8. Black DP, Fyfe IM. The safety of obstetric services in small communities in Northern Ontario. CMAJ 1984;130:571-6.
9. Peddle LJ, Brown H, Buckley J, Dixon W, Kaye J, Muise M, Rees E. Voluntary regionalization and associated trends in perinatal care: the Nova Scotia Reproductive Care Program. Am J Obstet Gynecol 1983;145(2):170-6.
10. Grzybowski SC, Cadesky AS, Hogg WE. Rural obstetrics: a 5-year prospective study of the outcomes of all pregnancies in a remote northern community. CMAJ 1991;144(8):987-94 (Données de 10 ans disponibles; s'adresser aux auteurs).
11. Woollard LA, Hays RB. Rural obstetrics in NSW. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1993;33(3):240-2.
12. Hall PF, Harrison M, Brown R. Risks of risk scoring [résumé]. Int J Obstet Gynaecol 1994;46:100
13. Rapport du groupe de travail sur l'infirmité motrice cérébrale et l'asphyxie fœtale. J Soc Obstet Gynaecol Can 1e partie 1996;18(12):1267-79, 2ee partie 1997;19(1):35-48, 3e partie 1997;19(2):139-54.
14. Annotation qui paraît sur toutes les directives cliniques de la Société des Obstétriciens et gynécologues du Canada.
15. Base de données Cochrane [sur disquette et CD-ROM]. Oxford (UK) : The Cochrane Collaboration; 1996 [mise à jour trimestrielle].

[Table des matières]