



Photo : iStockPhoto

Le déclenchement du travail

Auteure

Hélène Langlois, SOGC

Collaborateurs

Nils Chaillet, Université de Sherbrooke
Guy-Paul Gagné, Hôpital de LaSalle
Jean-Marie Moutquin, CHUS, INESSS
Vyta Senikas, SOGC

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues dans REPRODUCTION ET DROITS D'AUTEURS du Portail d'information prénatale à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/reproduction-et-droits-d-auteurs>.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Table des matières

Au sujet du déclenchement du travail

Les statistiques associées au déclenchement

Les indications de déclenchement du travail

La grossesse prolongée, souvent la conséquence d'une mauvaise estimation de la date prévue d'accouchement

Quand la grossesse prolongée survient-elle?

Raisons ne devant pas conduire à un déclenchement

Quand le travail devrait-il être déclenché?

Les risques associés au déclenchement et au prolongement de la grossesse

Les risques du déclenchement

Les complications associées à une grossesse ≥ 42 semaines

Comment éviter les déclenchements

La pratique systématique d'une échographie pendant le premier trimestre

L'évaluation permettant de s'assurer du bien-être du fœtus après 41 semaines

La maturité du col

L'importance de la maturité du col

L'évaluation de la maturité du col

Les méthodes mécaniques de maturation du col

Décollement par balayage circulaire des membranes (*stripping*)

Sonde de Foley (ballonnet)

La maturation par l'administration de prostaglandines sur col défavorable

Les méthodes de déclenchement du travail

L'amniotomie et l'administration d'ocytocine

Les méthodes naturelles

Qu'arrive-t-il en cas d'échec du déclenchement?



Messages clés à transmettre aux futurs parents

Ressources et liens utiles

Lexique

Références

Au sujet du déclenchement du travail

On parle de déclenchement du travail lorsque le travail est provoqué artificiellement par des moyens médicaux (amniotomie et perfusion d'ocytocine) avant qu'il ne débute naturellement. Le déclenchement est indiqué lorsque les risques associés au prolongement de la grossesse, tant pour la mère que pour le fœtus, sont supérieurs aux risques associés au déclenchement et à l'accouchement. L'indication doit toutefois être convaincante et appuyée par de la documentation et par un consentement de la femme.

Lorsqu'il est pratiqué correctement et pour de bonnes raisons, le déclenchement s'avère utile et avantageux pour la femme et pour le fœtus. Pratiqué de façon incorrecte ou inappropriée, il peut entraîner des risques inutiles. L'objectif est de favoriser une expérience aussi naturelle et satisfaisante que possible.

Dans tous les cas de déclenchement du travail, la femme, sa famille et le fournisseur de soins doivent bien comprendre les risques et les avantages possibles d'une telle intervention.

Les statistiques associées au déclenchement

Le déclenchement du travail est actuellement au Québec une pratique fréquente. La fréquence varie d'un établissement de soins à l'autre et au sein d'une même région. En 2010-2011, il était de 24,9 % dans les centres hospitaliers du Québec⁽³⁾. Au Canada, le taux de déclenchement du travail était d'environ 24 %⁽²⁾.

Les indications de déclenchement du travail

La grossesse prolongée, souvent la conséquence d'une mauvaise estimation de la date prévue d'accouchement

La grossesse prolongée compte parmi les principales indications de déclenchement du travail. Cependant, la datation de la grossesse en fonction de la date des dernières menstruations entraîne une grande source d'erreur dans l'estimation de la date probable d'accouchement. Lorsque l'âge gestationnel est surestimé, des interventions obstétricales non nécessaires peuvent être entreprises, dont le déclenchement du travail. Bon nombre de grossesses perçues comme étant prolongées ou post-terme ne le sont pas, l'erreur étant attribuable à une mauvaise estimation de la date des dernières menstruations ou à une ovulation différée⁽¹⁾. La surestimation de l'âge fœtal accroît le risque de procéder à un déclenchement inopportun, causant un accouchement prématuré.

Bien que la durée moyenne d'une grossesse soit de 40 semaines, un accouchement normal peut avoir lieu entre 37,0 et 41,6 semaines sans qu'il y ait une atteinte au fœtus. La cause expliquant qu'une grossesse se poursuit au-delà de 40 semaines reste inconnue; cette grossesse n'est pas forcément anormale et peut être simplement « physiologiquement » plus longue⁽⁴⁾.

Quand la grossesse prolongée survient-elle?

Une grossesse prolongée survient dans environ 6 % des grossesses dont la date est déterminée lors de l'échographie du premier trimestre⁽⁵⁾. Pour des raisons physiologiques ou à cause d'une erreur de datation, la grossesse prolongée est plus fréquente chez les primipares (femmes qui donnent naissance pour la première fois). La grossesse prolongée est aussi plus fréquente^(6,7) lorsque l'indice de masse corporelle est supérieur à 30 kg/m⁽²⁾.

Outre la grossesse prolongée, différents facteurs, comme le temps qui s'est écoulé depuis la rupture des membranes, la maturité du col, le risque d'infection (par exemple, la présence dans le vagin de la bactérie streptocoque du groupe B) ainsi que les attentes de la femme, peuvent influencer la décision de déclencher artificiellement le travail. Cependant, seules les raisons médicales maternelles ou associées au ralentissement ou à l'arrêt de développement du fœtus (retard de croissance intra-utérin) sont valables pour justifier un déclenchement.

Raisons ne devant pas conduire à un déclenchement⁽⁶⁾

La liste qui suit présente les raisons qui ne justifient pas un déclenchement du travail (directives cliniques de la SOGC)⁽⁸⁾ :

- Grossesse avant 41,0 sans indication médicale;
- Macrosomie fœtale soupçonnée (poids du fœtus évalué à plus de 4 kg);

- Déclenchement pour raison personnelle (ex. : accommodement du médecin ou de la femme; décision de la date d'accouchement);
- Diminution des mouvements du fœtus in utero;
- Facteurs physiques chez la mère : inconfort, anxiété, insomnie, œdème des jambes;
- Diabète gestationnel bien contrôlé par diète sans présence d'autres complications;
- Césarienne antérieure.

Quand le travail devrait-il être déclenché?

Pour le bien-être de la mère et du bébé, il est préférable d'attendre que le travail débute spontanément. Cela permet d'éviter le risque de complications obstétricales.

Si le travail ne débute pas spontanément, la possibilité de déclenchement peut être envisagée et discutée à partir de 41 semaines. Plusieurs facteurs doivent alors être considérés, notamment l'état du col, afin d'évaluer les chances de réussite et de minimiser les risques de césarienne. Si le col n'est pas favorable, la maturation du col doit être envisagée avant de déclencher le travail⁽⁸⁾.

Un déclenchement du travail lors d'un essai de travail après un antécédent de césarienne est possible après 41 semaines, uniquement si le col est favorable.

Les risques associés au déclenchement et au prolongement de la grossesse

Les risques du déclenchement

Le déclenchement du travail est associé aux risques suivants⁽¹⁾ :

- Accouchements nécessitant une intervention chirurgicale (césarienne, ventouse ou forceps);
- Contractions utérines excessives, parfois plus fortes et plus longues amenant un inconfort et une douleur accrues;
- Anormalités du rythme du cœur fœtal;
- Accouchement avant terme en raison d'une erreur de datation;
- Procidence du cordon ombilical à la suite d'une rupture artificielle des membranes (amniotomie);
- Hémorragie après l'accouchement.

Les complications associées à une grossesse \geq 42 semaines

À partir de la 42^e semaine, les études ont montré que l'efficacité du placenta à nourrir et oxygéner le bébé commençait à diminuer, augmentant ainsi les risques de complications sévères pour la mère ou le bébé^(7,9,10).

Comment éviter les déclenchements

La pratique systématique d'une échographie pendant le premier trimestre

Selon le moment où elle est faite, l'échographie peut permettre d'améliorer la datation de la grossesse. Une échographie réalisée au second trimestre permet une précision de ± 10 jours, alors qu'une échographie au premier trimestre permet une précision de ± 5 jours. La pratique systématique d'une échographie pendant le premier trimestre, entre la 11^e et la 14^e semaine de grossesse, permet une diminution importante du taux de déclenchement pour grossesse prolongée.

L'évaluation permettant de s'assurer du bien-être du fœtus après 41 semaines

Pour la majorité des femmes, le travail commencera de façon spontanée entre 37 et 42 semaines. À partir de 41 semaines, il est recommandé de procéder à des tests cliniques afin de s'assurer du bien-être du fœtus. Cette surveillance fœtale peut avoir lieu avant 41 semaines si la grossesse se déroule de façon anormale (ex. : saignements, rupture prématurée des membranes, diminution des mouvements fœtaux, hauteur utérine insuffisante).

Cette surveillance fœtale devrait comprendre un ou plusieurs des éléments suivants^(1,4) :

- Décompte des mouvements fœtaux;
- Test de réactivité fœtale (TRF) : test qui permet d'évaluer la fréquence cardiaque fœtale, les mouvements ainsi que la réaction cardiaque du fœtus lors des mouvements;
- Évaluation échographique du volume de liquide amniotique;
- Profil biophysique : test d'une durée approximative de 30 minutes qui permet l'évaluation simultanée de plusieurs caractéristiques fœtales (mouvements de respiration, mouvements du corps, tonus).

La maturité du col

L'importance de la maturité du col

Normalement, le col commence à s'amincir, à se dilater et à devenir mou avant le début du travail. Avant de déclencher le travail avec l'ocytocine et la rupture artificielle des membranes, il faut s'assurer que le col est suffisamment mature. Lorsque le col n'est pas mature, il faut recourir à la maturation du col^(4,11).

La maturation du col consiste à utiliser des méthodes pharmacologiques ou mécaniques pour le ramollir, l'effacer et/ou le dilater, de façon à accroître les chances de réussite d'un accouchement vaginal⁽¹⁾. Le processus de maturation peut durer de un à deux jours.

L'évaluation de la maturité du col

Le score de Bishop permet d'évaluer la maturité du col; il est le meilleur indicateur de la réussite du déclenchement. Il se base sur les changements survenus au niveau du col et sur la position du fœtus; il nécessite un examen gynécologique⁽¹²⁾.

Un col favorable signifie que des changements sont amorcés au niveau du col : dilatation, effacement (amincissement) et consistance, ainsi qu'au niveau du fœtus : position et station (hauteur du bébé dans le bassin). Un score de Bishop élevé (égal ou supérieur à 6) est associé à un col favorable pour un déclenchement, un score bas (inférieur à 6) est associé à un col défavorable⁽¹³⁾.

Les femmes avec un col défavorable sont de trois à quatre fois plus susceptibles d'avoir une césarienne après un déclenchement du travail. Ce risque est accru chez les femmes qui donnent naissance pour la première fois.

Les méthodes mécaniques de maturation du col⁽⁴⁾

Décollement par balayage circulaire des membranes (*stripping*)

Le balayage des membranes (*stripping*) est un procédé simple qui peut être utilisé lorsque le col de l'utérus est ouvert. Lors d'un examen vaginal, le clinicien passe son doigt servant à l'examen par l'orifice interne et balaie le col en un mouvement circulaire de manière à séparer la membrane amniotique du segment utérin amniotique.

Le décollement des membranes par balayage circulaire peut se faire à partir de la 38^e semaine. Le fait de décoller les membranes du col permet de stimuler le début du travail, donc de diminuer les risques de déclenchement. L'intervention peut toutefois se révéler douloureuse⁽¹⁴⁾. Le décollement des membranes entraîne la libération d'hormones, les prostaglandines, lesquelles amollissent le col et accentuent les contractions utérines déclenchées par l'ocytocine⁽¹⁵⁾.

Les femmes peuvent se voir offrir un décollement des membranes après une discussion sur les risques et les avantages d'une telle intervention. La femme doit être informée de l'inconfort et des effets indésirables transitoires (faibles contractions et légers saignements). Procéder au décollement des membranes juste avant d'effectuer un déclenchement augmente les chances d'accouchement vaginal spontané, diminue le délai entre le déclenchement et l'accouchement et accroît la satisfaction de la mère⁽¹⁶⁾. Aucune hausse de la colonisation aux streptocoques de groupe B n'a été associée au décollement des membranes.

Sonde de Foley (ballonnet)⁽¹¹⁾

L'emploi de la sonde de Foley peut contribuer au ramollissement, à l'effacement et à la dilatation du col sans provoquer d'inconfort généralisé, tout en stimulant une production locale de prostaglandines.

L'intervention consiste à insérer par le vagin une sonde au-delà de l'orifice interne du col de l'utérus, puis de la gonfler avec de l'eau. La sonde est laissée en place et tombera probablement d'elle-même lorsque le col atteindra une dilatation d'environ 2 ou 3 cm.

La maturation par l'administration de prostaglandines sur col défavorable

Si le col est toujours défavorable après utilisation des méthodes mécaniques ou en présence de contre-indications à leur utilisation, le recours à la maturation du col par l'administration de prostaglandines doit être envisagé avant de procéder au déclenchement du travail. Les prostaglandines provoquent un ramollissement et un amincissement du col. L'administration de prostaglandines peut se faire par voie endocervicale ou vaginale. L'administration de préparations ou de gels vaginaux de prostaglandines (Prostin et Cervidil) est facile, plus efficace que l'ocytocine et les femmes la tolèrent bien^(11,17). Seules les préparations vaginales peuvent être utilisées en cas de rupture prématurée des membranes.

L'utilisation des prostaglandines est associée à certaines réactions indésirables⁽¹¹⁾ :

- Hyperstimulation utérine;
- Effets secondaires gastro-intestinaux;
- Irritation vaginale;
- Hypoxie fœtale (diminution du taux d'oxygène dans les tissus du fœtus).

Avantages de l'utilisation des prostaglandines :

- Facilement acceptable par la femme;
- Taux plus faible d'accouchements instrumentaux (ventouse, forceps) qu'avec l'ocytocine;
- Moins grande nécessité de déclenchement à l'ocytocine.

Inconvénients de l'utilisation des prostaglandines :

- À cause du risque de rupture utérine, l'utilisation des prostaglandines n'est pas recommandée chez les femmes ayant déjà subi une césarienne;
- Nausées, vomissements, diarrhée.

Les méthodes de déclenchement du travail

L'amniotomie et l'administration d'ocytocine

Le déclenchement se fait une fois la maturité du col établie. Le déclenchement peut se faire par amniotomie (rupture artificielle des membranes). Il est possible que l'amniotomie seule suffise à déclencher le travail. Cette technique peut aussi être associée à une perfusion d'ocytocine afin de potentialiser mutuellement leurs effets.

Les méthodes naturelles

Certaines méthodes naturelles, montrant une efficacité variable, peuvent également contribuer à faciliter le déclenchement du travail :

- Avoir des relations sexuelles et stimuler les mamelons, pour favoriser la production d'hormones qui provoquent des contractions;
- Ostéopathie, acupuncture, homéopathie, physiothérapie et aromathérapie.

La transmission d'informations sur ces méthodes doit tenir compte que leur utilisation entraîne des coûts et que la preuve de leur efficacité n'a pas nécessairement été démontrée.

Qu'arrive-t-il en cas d'échec du déclenchement?

Il arrive que le déclenchement ne réussisse pas à provoquer le travail. On doit alors réévaluer la nécessité et l'urgence d'un second déclenchement, ainsi que la méthode à employer.

Messages clés à transmettre aux futurs parents

Voici les principaux messages de santé à transmettre à tous les futurs parents, selon un consensus basé sur la recherche scientifique et la pratique professionnelle. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Les messages sont formulés de façon à s'adresser directement aux futurs parents, que ce soit lors d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Ils sont précédés d'un porte-voix et suivis d'une explication plus détaillée. En cliquant sur les mots soulignés dans le texte, vous serez dirigé vers la section de la fiche complète qui traite de ce thème.



Un accouchement normal peut avoir lieu entre la 37^e et la 42^e semaine.

La date d'accouchement est souvent fixée à la 40^e semaine de grossesse. Cependant, il n'est pas possible de déterminer la date exacte du début du travail. Celui-ci devrait débuter spontanément entre la 37^e et la 42^e semaine. Il est donc tout à fait normal qu'une grossesse puisse se rendre jusqu'à 41 semaines et 6 jours.



Pour votre bien-être et celui de votre bébé, il est préférable d'attendre que le travail débute spontanément.

Attendre que le travail débute spontanément permet de réduire le risque de complications obstétricales (forceps, ventouse, césarienne).

À partir de 41 semaines, une évaluation régulière du bien-être fœtal permet de déterminer si un déclenchement du travail est nécessaire.



Quand le travail devrait-il être déclenché, s'il ne débute pas spontanément?

- Avant 41 semaines pour raisons médicales seulement;
- À partir de 41 semaines, seulement si le col de l'utérus est favorable;
- Un peu avant la 42^e semaine s'il n'a toujours pas débuté, que votre col soit ou non favorable.

En raison du risque de complications pour le bébé associées à la baisse de l'efficacité du placenta à oxygéner le bébé, il est recommandé de déclencher le travail un peu avant la 42^e semaine si celui-ci n'a toujours pas débuté, que votre col soit ou non favorable.



Si le col de l'utérus n'est pas favorable, il est indiqué de procéder à une maturation du col avant de recourir à un déclenchement du travail.

La maturation du col peut se faire par des moyens mécaniques (ballonnet) ou pharmacologiques (prostaglandines).

Ressources et liens utiles

NOTE : Les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des différents partenaires ayant collaboré à la rédaction de cette fiche en raison de leur pertinence. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive et les contenus qui y sont développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

Le déclenchement du travail à terme

Ces lignes directrices ont été revues par le comité de médecine fœto-maternelle et le comité de pratique clinique-obstétrique, et elles ont été approuvées par le conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :

<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/qui107ECPG0108.pdf>.

Partir du bon pied

De la préconception à la naissance de votre bébé, ce livre est le guide ultime étape par étape sur la grossesse et l'accouchement, s'étalant de la préconception aux soins postnatals :

http://sogc.org/healthybeginnings/index_f.html.

Site de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)

<http://sogc.org/fr/>

Lexique

Évaluation du liquide amniotique :

Examen échographique permettant de mesurer si le fœtus a trop ou pas assez de liquide amniotique.

Macrosomie fœtale :

Correspond à un poids fœtal supérieur à 4 000 grammes.

Procidence du cordon :

Présence, avant la naissance du bébé, du cordon ombilical dans le vagin, situation qui exige une césarienne d'urgence.

Prostaglandines :

Hormones qui jouent un rôle dans plusieurs réactions physiologiques, dont les contractions utérines et la maturation du col utérin.

Score de Bishop :

Score obtenu par l'observation des changements survenus au niveau du col et de la position du fœtus. Il permet d'évaluer la maturité du col : selon le système de cotation établi, un score élevé (supérieur à 6) est associé à un col favorable.

Sonde de Foley :

Tube qui sert à vider la vessie et qui est inséré par les voies naturelles (le méat urinaire). La sonde de Foley est aussi utile dans un autre contexte : lorsqu'elle est insérée à l'intérieur du col utérin, elle peut se révéler efficace pour accélérer la maturation de ce col et déclencher le travail.

Références

- (1) LEDUC, D., A. BIRINGER, L. LEE et J. DY (août 2001). « Le déclenchement du travail à terme (Directive clinique de la SOGC no 107) », *Société des obstétriciens et gynécologues du Canada*, vol. 107 (remplace la directive no 57), p. 1-12.
- (2) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa.
- (3) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (janvier 2012). *Fichier MED-ÉCHO pour l'année 2010-2011 : Données sur les accouchements survenus dans un centre hospitalier québécois compilées par la direction de l'allocation des ressources*, Québec, Gouvernement du Québec.
- (4) SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (2010). *Manuel d'intervention Quarisma*, Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
- (5) HILDER, L., K. COSTELOE et B. THILAGANATHAN (1998). « Prolonged pregnancy : evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality », *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 105, n° 2, p. 169-173.
- (6) VAHRATIAN, A., J. ZHANG, J. F. TROENDLE, D. A. SAVITZ et A. M. SIEGA-RIZ (2004). « Maternal prepregnancy overweight and obesity and the pattern of labor progression in term nulliparous women », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 104, n° 5, (1re partie), p. 943-951.
- (7) OLESEN, A. W., J. G. WESTERGAARD et J. OLSEN (2003). « Perinatal and maternal complications related to postterm delivery : a national register-based study, 1978-1993 », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 189, n° 1, p. 222-227.
- (8) CRANE, J., et MATERNAL-FETAL MEDICINE COMMITTEE (2001). « Induction of labour at term. Number 107 (Replaces guideline no 57) », *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, vol. 23, n° 8, p. 717-728.
- (9) USHER, R. H., M. E. BOYD, F. H. MCLEAN et M. S. KRAMER (1988). « Assessment of fetal risk in postdate pregnancies », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 158, n° 2, p. 259-264.
- (10) RAND, L., J. N. ROBINSON, K. E. ECONOMY et E. R. NORWITZ (2000). « Post-term induction of labor revisited », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 96, n° 5, p. 779-783.
- (11) SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (2011). *Le programme du cours GESTA, 18e édition*, Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
- (12) BISHOP, E. H. (1964). « Pelvic scoring for elective induction », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 24, n° 2, p. 266-268.
- (13) SENTILHES, L. (2008). « Comment diminuer le taux de césariennes? », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 37, n° 4S1, p. 10-12.

- (14) DE MIRANDA, E., J. G. VAN DER BOM, G. J. BONSEL, O. P. BLEKER et F. R. ROSENDAAL (2006). « Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies : a randomised controlled trial », *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 113, n° 4, p. 402-408.
- (15) MITCHELL, M. D., A. P. FLINT, J. BIBBY, J. BRUNT, J. M. ARNOLD, A. B. ANDERSON et A. C. TURNBULL (1977). « Rapid increases in plasma prostaglandin concentrations after vaginal examination and amniotomy », *British medical journal*, vol. 2, n° 6096, p. 1183.
- (16) ALFIREVIC, Z., A. J. KELLY et T. DOWSWELL (2009). « Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour (Review) », *Cochrane Database of systematic reviews*, vol. 4.
- (17) JAMAL, A., et R. KALANTARI (2004). « High and low dose oxytocin in augmentation of labor », *International journal of gynecology & obstetrics*, vol. 87, n° 1, p. 6-8.

Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiche	Auteure	Collaborateurs
Déclenchement du travail	Hélène Langlois , infirmière et gestionnaire à la SOGC, coordination et rédaction	<p>Nils Chaillet, chercheur pour l'essai QUARISMA, Université de Sherbrooke</p> <p>Guy-Paul Gagné, médecin obstétricien-gynécologue, directeur du programme AMPRO, Hôpital de LaSalle, Montréal</p> <p>Jean-Marie Moutquin, professeur titulaire Département d'obstétrique et de gynécologie Université de Sherbrooke Directeur scientifique, Soutien à la pratique clinique INESSS</p> <p>Vyta Senikas, médecin obstétricienne-gynécologue, directrice du programme professionnel et vice-présidente SOGC</p>

Le comité d'accompagnement scientifique

Un comité d'accompagnement scientifique a été mis en place afin de suivre l'ensemble des travaux. Il est présidé par l'INSPQ et composé de représentantes des organisations suivantes :

- Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Ordre des sages-femmes du Québec;
- Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Info-Santé;
- Association pour la santé publique du Québec;
- Ordre des pharmaciens du Québec;
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
- Ordre des psychologues du Québec;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux.