

Gestion des mortinaissances et des décès périnataux dans le cadre d'une naissance avec une sage-femme

Table des matières

A. Le cadre juridique des constats de naissance et de décès	2
B. Exceptions au Constat de Décès Dressé par un Médecin	3
C. Le cadre juridique de l'exercice des sages-femmes	4
D. Données de la science et état du droit.....	6
E. Les accoucheuses et accoucheurs, et l'interprétation de l'énoncé contenu au Bulletin de naissance vivante.....	8
F. Recommandations	9

Qu'elle survienne avant la naissance, pendant ou après celle-ci, la perte d'un enfant¹ souhaité et attendu est sans équivoque un drame humain.

Le système de santé a organisé les soins entourant la naissance presque exclusivement en centre hospitalier sous les soins d'un médecin durant le dernier siècle. Cette réalité complexifie la gestion des cas de mortalité périnatale lorsque celle-ci survient lors d'une naissance sous les soins d'une sage-femme.

L'OSFQ a été sollicité pour accompagner les équipes de sages-femmes lorsque survient une mortinaissance ou une mortalité périnatale.

Le présent document sert donc l'objectif de présenter l'état du droit actuel et d'aider les équipes dans l'établissement de procédures internes.

¹ Nous avons opté, dans le présent texte, pour l'utilisation non discriminée du mot « enfant » même dans le cas d'une mortinaissance (même si selon la définition de ce mot, l'enfant mort-né est un fœtus) : c'est donc le contexte qui informera sur la situation. Le mot « enfant » est en effet le terme utilisé dans la réglementation de l'Ordre. Cependant, dans les cas où la documentation consultée réfère aux expressions « nouveau-né » ou « fœtus », ce sont ces expressions précises qui seront utilisées.

A. Le cadre juridique des constats de naissance et de décès

Le Code civil du Québec stipule que le constat de décès doit être rédigé par un médecin, sauf dans des situations exceptionnelles. La sage-femme a la responsabilité de dresser le Bulletin de mortinaissance (SP-4) lorsqu'il s'agit d'une mortinaissance, mais ne peut pas rédiger le constat de décès d'un nouveau-né vivant, cette responsabilité étant réservée aux médecins.

1. Le Registre de l'État civil

- Rôle du Directeur de l'état civil : Le Directeur de l'état civil du Québec est responsable de dresser les actes de naissance, de mariage, d'union civile et de décès, et de les inscrire au Registre de l'état civil. (Article 108 du *Code civil du Québec*, ci-après C.c.Q.)

2. Bulletin et constat de naissance vivante

- Constat de naissance : Le constat de naissance doit être rédigé par l'accoucheur et transmis sans délai au directeur de l'État civil (Articles 111 et 112 C.c.Q.).
- Documents requis : Pour une naissance vivante, le Bulletin de naissance vivante SP-1 doit être rempli et envoyé aux organismes concernés. Il est destiné à divers organismes, tels que le Bureau de la statistique du Québec ou les dossiers médicaux. Cependant, le Directeur de l'État civil ne reçoit que les feuillets nommés « constat ».
- Naissance vivante suivie de décès : Si un enfant décède immédiatement après sa naissance ou dans les jours qui suivent, le Bulletin de naissance vivante SP-1 ainsi que le Bulletin de décès SP-3 doivent être produits (le SP-3 par un médecin) et transmis aux organismes concernés. Cette mention est précisée sur le Bulletin SP-1, et il est essentiel que les responsables soient en mesure d'évaluer s'il s'agit d'une mortinaissance ou d'une naissance vivante suivie d'un décès.

3. Mortinaissance

- Mortinaissance : Le Bulletin de mortinaissance SP-4 est réservé aux cas où un fœtus est expulsé sans signe de vie. Ce bulletin n'est pas inscrit au Registre de l'état civil, et donc la mortinaissance n'est pas officiellement enregistrée. Les feuillets du SP-4 sont destinés à divers organismes, tels que le Bureau de la statistique du Québec ou le coroner, mais ne sont pas envoyés au Directeur de l'État civil.

4. Constat et bulletin de décès

- Constat de décès : Seuls les médecins sont habilités à rédiger un constat de décès, sauf dans des situations exceptionnelles (Article 122 C.c.Q.).
- Documents requis : Pour un décès, le Bulletin de décès SP-3 doit être rempli et transmis aux organismes concernés. Le SP-3 inclut la certification médicale du décès, qui est envoyée à des organismes comme le Bureau de la statistique du Québec, les dossiers médicaux, ou le coroner. Toutefois, le Directeur de l'État civil ne reçoit que les feuillets relatifs au constat, sans les causes du décès.

B. Exceptions au constat de décès dressé par un médecin

En règle générale, seul un médecin peut établir un constat de décès. Cependant, il existe des exceptions prévues par la loi dans certaines circonstances spécifiques :

1. Mort évidente

- Lorsque la mort est évidente et qu'il est impossible de faire constater le décès par un médecin dans un délai raisonnable, le constat peut être dressé par deux agents de la paix. Ces agents doivent alors respecter les mêmes obligations qu'un médecin. (Article 123 C.c.Q.) (Cette option ne s'applique pas au contexte de la pratique des sages-femmes.)

2. Décès hors d'une installation de santé

- L'article 46 alinéa 2 de la *Loi sur la santé publique* prévoit que lorsqu'une personne décède ailleurs que dans une installation maintenue par un établissement, le bulletin de décès peut être rempli par :

- Le dernier médecin ayant soigné la personne.
- Un autre médecin, un infirmier, ou un coroner, si le médecin traitant est inaccessible.
- En l'absence de toute personne qualifiée dans un rayon de 16 km, le constat peut être dressé par deux personnes majeures.

Dans la mesure où les maisons de naissance font partie d'un établissement, cette possibilité ne s'y appliquerait pas. Dans un tel cas, ce sont les protocoles propres à l'établissement concerné qui devraient s'appliquer.

3. Constat de décès à distance

Un protocole existe pour les services préhospitaliers d'urgence permettant aux techniciens ambulanciers de demander à un médecin, à distance, de dresser un constat de décès. Ce processus implique une évaluation à distance et, si le médecin accepte, il devient responsable de remplir les documents nécessaires.

Ce protocole pourrait servir de modèle pour des situations similaires impliquant des sages-femmes, notamment en cas de décès du nouveau-né à la suite d'une naissance vivante à domicile.

C. Le cadre juridique de l'exercice des sages-femmes

Si le constat de naissance d'un enfant relève tant des sages-femmes que des médecins à titre d'accoucheur², le constat de décès de l'enfant, s'il meurt « immédiatement après sa naissance » ne peut être dressé, en règle générale, que par un médecin.

Le jugement de la sage-femme qui doit distinguer la mortinaissance de la naissance suivie d'un décès entre alors en jeu et ce jugement doit s'exercer au regard de son champ de pratique, de ses obligations déontologiques et du droit.

Champ d'exercice et obligations de la sage-femme

- L'article 6 de la *Loi sur les sages-femmes* décrit le champ d'exercice. La réanimation du nouveau-né « en cas d'urgence et dans l'attente d'une intervention médicale requise ou en l'absence de celle-ci » est bien comprise dans ce champ de pratique.
- L'article 5 du *Code de déontologie des sages-femmes* prévoit que « [l]a sage-femme doit exercer sa profession selon les normes actuelles les plus élevées possibles de la profession de sage-femme et à cette fin, elle doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances, habiletés et démontrer une attitude généralement admise dans l'exercice de la profession de sage-femme. »
- En ce qui concerne la réanimation en particulier, et tout comme les médecins eux-mêmes, les sage-femmes sont soumises aux normes professionnelles contenues au *Manuel de réanimation néonatale de la Société canadienne de pédiatrie*, qui inclut un « protocole d'aide à la décision » quant aux mesures à prendre c.-à-d. « l'algorithme de la réanimation »²⁴. Ces normes s'inscrivent elles-mêmes dans le corpus du droit et dans les avancements de la science médicale.
- Enfin, les sage-femmes doivent respecter les règles particulières du consentement aux soins prévues au Code civil du Québec, notamment celles s'appliquant en situation urgente, comme cela est le cas en réanimation néonatale (Article 10 et suivants).

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin

« La sage-femme initie une consultation d'un médecin dans les cas de consultation obligatoire prévus par l'une des annexes du présent règlement et s'assure qu'une consultation soit tenue dans un délai raisonnable, compte tenu de la gravité de la condition de la femme ou de l'enfant et du préjudice qui pourrait en découler. »
(Article 1)

Les cas de transferts obligatoires en l'espèce se résument à :

- Classification: grossesse actuelle; le travail et l'accouchement
 - Mort in utero
- Classification : le nouveau-né)

² Au sens de la loi.

- détresse respiratoire ou apnée
- Apgar inférieur à 7, à 5 minutes; inférieur à 9, à 10 minutes (Classification : le nouveau-né)
- nouveau-né ayant nécessité une intubation endotrachéale ou une assistance ventilatoire avec pression positive au-delà de la deuxième minute de vie

Il est donc raisonnable de présumer qu'une proportion importante des cas de mortinaissance ou de décès néonatal aurait déjà été prise en charge par un médecin après un transfert initié par la sage-femme.

Un défi supplémentaire se présentera si un enfant naît « mort-né », alors qu'on croyait à une grossesse vivante tout juste avant la naissance.

Il est crucial de distinguer entre une mortinaissance et un décès périnatal, car cela a des implications légales, administratives et pratiques importantes.

D. Données de la science et état du droit

1. Notion de mortinaissance

- Les définitions utilisées par l'OSFQ pour le classement de la mortalité dans ce bilan sont conformes à celles recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- 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).

La définition médicale de la mortinaissance à proprement parler est donc circonscrite : le Bulletin de mortinaissance serait réservé aux seuls cas où, après son expulsion complète, l'enfant ne présente aucun signe de vie.

Or, comme la décision d'amorcer ou non la réanimation doit être prise rapidement, il est parfois difficile de parvenir à une évaluation définitive sur l'état de l'enfant au moment de la naissance.

2. Mortinaissance et réanimation


L'algorithme de la réanimation du Manuel de réanimation néonatale de la Société canadienne de pédiatrie prévoit au moins 6 évaluations différentes à faire en une trentaine de secondes : l'amorce d'une réanimation d'un enfant par une sage-femme s'inscrit donc toujours dans l'urgence.

De ce fait, la sage-femme tentera la réanimation avant même d'avoir eu le temps d'évaluer s'il s'agit ou non d'une mortinaissance. Il pourra même arriver que l'on tente la réanimation en présence d'une forte probabilité de mortinaissance. En effet, dans les cas d'incertitude sur les chances de survie ou du risque de grave invalidité, il est favorisé d'amorcer les étapes initiales à la réanimation et le maintien des fonctions vitales qui « donnent le temps de colliger l'information clinique plus complète et de mieux examiner la situation avec les parents. »

Or, qu'advient-il lorsque la réanimation ne réussit pas?

3. La notion de vivant et viable : Un enfant ne bénéficie de certains droits que s'il naît « vivant et viable ».³

³ À noter que cette notion se retrouve aux chapitres traitant des successions, des donations et des assurances et non au Livre premier « Des personnes » (droits, état et capacité de celles-ci). Cependant, les auteurs Beaudouin et Renaud avaient déjà établi une corrélation entre la notion prévue à ces dispositions et l'article 18 du Code civil du Bas Canada (ancêtre de l'article 1 du Code civil du Québec)



Ainsi, même un enfant né vivant (avec signes vitaux présents) mais qui aurait besoin de réanimation au cours des premières minutes de sa vie ne serait pas considéré comme ayant acquis la personnalité juridique selon le Code civil du Québec si les efforts se révèlent vains. D'un point de vue scientifique, il y aurait tout de même nécessité de dresser un constat de naissance et un constat de décès.

Il est possible que la divergence dans la notion de ce que constitue la naissance (c.-à-d. sur l'exigence qu'elle soit seulement « vivante » et non pas « vivante et viable ») donne lieu à des interprétations différentes et devrait être discutée avec les autres professionnels confrontés à ces situations.

En effet, la mortinaissance se trouve à la croisée de la science médicale et des règles de droit.

dans leur Code civil annoté (1989), vol. 1, en disant, à la p. 39 que « *pour qu'un nouveau-né soit considéré comme un être humain, il faut qu'il soit né vivant et viable, c'est-à-dire qu'il ait une vie totalement indépendante de la mère.* » Cet extrait avait été cité avec approbation par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Tremblay c. Daigle*, 1989 CanLII 33.

Le fait que l'acquisition de la personnalité juridique, et non seulement de certains droits particuliers, suppose nécessairement une naissance vivante et viable est maintenant acquis : voir Guay, H., *Guay, H., Collection de droit 2021-2022, Volume 3 : Personnes et successions. Titre I : Les personnes physiques. Chapitre II : L'identification de la personne physique, Chapitre I : L'existence de la personne physique*: « *La condition de naissance vivante sera considérée parfaite si l'être humain a respiré complètement, s'il a la capacité d'avoir une vie autonome de celle de sa mère, ce qui n'exclut pas qu'il puisse requérir des soins médicaux. Quant à la condition de viabilité, elle fait appel à son potentiel de survivre. Ce potentiel se détermine par expertise médicale.* » (p.19)

E. Les accoucheuses et accoucheurs, et l'interprétation de l'énoncé contenu au Bulletin de naissance vivante

En accordant aux sage-femmes l'autorité de compléter le Bulletin de mortinaissance SP-4, le législateur leur a aussi confié la responsabilité de distinguer la mortinaissance de la naissance vivante suivie d'un décès, et ce, au même titre que les médecins.

Une zone grise peut exister dans les cas où il y a tentative de réanimation de l'enfant ne présentant aucun signe de vie ou encore, lorsque l'enfant, bien que respirant à la naissance, ne parvient pas à vivre de façon autonome. En cas d'insuccès des manœuvres entreprises, à quel moment l'accoucheur.se devrait-il « qualifier » la situation, avant ou après la tentative de réanimation? Serait-il opportun de pencher toujours en faveur de la naissance vivante suivie d'un décès immédiat ou au contraire, convenir qu'une telle situation relève de la mortinaissance?

Afin de favoriser une approche cohérente de l'application des lois et règlements, en misant sur une collaboration optimale, dans une optique de protection du public, non seulement les protocoles de gestion des mortinaissances devraient-ils être harmonisés pour toutes les personnes impliquées, notamment les médecins, le personnel infirmier et les paramédics. De plus, il faudrait s'assurer que les formulaires légaux et administratifs soient complétés selon la même interprétation des notions en cause.

C'est pourquoi l'Ordre recommande que chaque établissement de santé se dote de procédures internes pour la gestion des décès périnataux en collaboration avec les autorités médicales locales, en cohérence avec les trajectoires de soins établies, incluant les services préhospitaliers.

F. Recommandations

- **Que chaque établissement de santé où exercent des sages-femmes se dote de procédures internes pour la gestion des décès périnataux en collaboration avec les autorités médicales locales, en cohérence avec les trajectoires de soins établies, incluant les services préhospitaliers.**
- **Que ces procédures incluent les bonnes pratiques en matière d'accompagnement immédiat des parents qui vivent le deuil périnatal;**
- **Que ces procédures incluent la prévision de mécanismes pour le déplacement de la dépouille de l'enfant vers le centre hospitalier.**

Adopté par le Conseil d'administration 9 décembre 2024

Législation

Code civil du Québec, RLRQ, c. CCQ-1991

Loi sur la santé publique, RLRQ, c. S-2.2

Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique, RLRQ, c. S- 2.2, r. 2.1

Loi sur les sages-femmes, RLRQ, c. S-01

Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin chapitre, RLRQ, S-0.1, r. 4

Code de déontologie des sages-femmes, RLRQ, c. S-0.1, r. 5

Jurisprudence

Daigle c. Tremblay [1989] 2RCS 530

Bibliographie

Jean-Louis BAUDOUIN et Yvon RENAUD, *Code civil annoté*, Montréal, Wilson et Lafleur Ltée, 1988-89, 3 vol., vol. 1: 776 p., vol. 2: 750 p., vol. 3: 584 p.

Hélène Guay, « L'existence de la personne physique » dans *École du Barreau du Québec, Personnes et successions*, Collection de droit 2021-2022, vol. 3, Montréal (Qc), Éditions Yvon Blais, 2021, 19

Outil d'aide à la décision pour la gestion des mortinaissances et des décès périnataux

1) Identification et évaluation initiale

A. Définir l'événement :

- **Mortinaissance** : Un fœtus pesant 500 g ou plus qui, après l'expulsion complète du corps de la mère, ne présente aucun signe de vie (ni respiration, ni battement cardiaque, ni mouvements des muscles volontaires).
- **Naissance vivante suivie de décès** : L'enfant naît vivant, avec des signes de vie, mais décède peu après.

B. Procéder à une évaluation rapide :

- Utiliser l'algorithme de réanimation néonatale selon les normes de la Société canadienne de pédiatrie pour déterminer si l'enfant présente des signes de vie.
- Si la situation est ambiguë, amorcer les manœuvres de réanimation pour évaluer la viabilité et recueillir des données cliniques supplémentaires.

2) Décision de Réanimation

A. Critères pour débiter la réanimation :

- **Réanimation à tenter** : En cas de doute, débiter la réanimation pour déterminer si l'enfant peut être considéré comme vivant et viable.
- **Réanimation à ne pas tenter** : Si le fœtus présente des anomalies évidentes incompatibles avec la vie ou si la mort est évidente (ex. état de putréfaction avancé).

B. Évaluation continue :

- Surveiller les signes de vie durant la réanimation. Si aucun signe de vie n'est détecté après un temps raisonnable (selon l'algorithme), conclure à une mortinaissance.

3) Déclarations et Documentation

A. Mortinaissance :

- **Document à remplir** : Bulletin de mortinaissance (SP-4).
- **Pas de constat de décès requis** : Aucune déclaration n'est transmise au Directeur de l'état civil, la mortinaissance n'étant pas inscrite dans le Registre de l'état civil.
- **Établir un protocole pour la disposition du corps avec les autorités locales**

B. Naissance vivante suivie de décès :

- **Documents à remplir** :
 - Bulletin de naissance vivante (SP-1).
 - Bulletin de décès (SP-3) à faire remplir par un médecin.

- **Coordination avec le médecin** : Si le décès survient en dehors de l'hôpital, contacter immédiatement un ou une médecin pour consultation durant la réanimation et pour dresser le constat de décès. En cas d'impossibilité, suivre les protocoles spécifiques (ex. demande d'intervention d'un technicien ambulancier pour un constat de décès à distance).

4. Collaboration interprofessionnelle

A. En cas de divergence d'interprétation :

- Consulter rapidement une ou un médecin pour confirmer la nature de l'événement (mortinaissance ou décès néonatal) et assurer une gestion cohérente.
- Documenter toute décision prise, en accord avec les obligations légales et déontologiques.

B. Harmonisation des pratiques :

- Collaborer avec les médecins pour harmoniser les protocoles de soins néonataux et les procédures administratives, en vue de clarifier la distinction entre une mortinaissance et un décès périnatal.

5. Support et suivi des familles

A. Soutien psychologique :

- Informer et soutenir les parents tout au long du processus, en expliquant clairement les décisions prises concernant la réanimation et les démarches administratives.
- Fournir aux parents des ressources locales d'accompagnement psychologique spécialisées dans le deuil périnatal.

B. Documentation et suivi :

- Assurer que les parents reçoivent les documents nécessaires pour les formalités administratives (par exemple, en cas de naissance vivante suivie de décès).

C. Enregistrement au registre :

- Veiller à ce que les événements soient enregistrés conformément aux exigences légales, tout en respectant les droits des familles.