

Naissances à domicile

Résumé

Le Collège Royal des Sages Femmes (RCM) et le Collège Royal des Obstétriciens et des Gynécologues (RCOG) soutiennent la naissance à domicile pour les femmes ayant des grossesses sans complications.

Il n'y a aucune raison de ne pas offrir la possibilité d'accoucher à la maison aux femmes à faible risque de complications, cela peut leur apporter des bénéfices considérables à elles et leurs familles. Il y a de nombreuses preuves qui indiquent qu'accoucher à la maison augmente la probabilité pour une femme d'avoir une naissance qui soit à la fois satisfaisante et sans danger, avec des implications pour sa propre santé et celle de son bébé (ref 1-3).

1. Introduction

1.1 Le taux de naissances à domicile au Royaume Uni reste assez bas, environ 2% (ref 4-6) mais il est probable que si les femmes avaient véritablement le choix, ce taux atteindrait 8-10% (ref 7).

1.2 Le développement de la politique périnatale des quarante dernières années, ainsi que les réorganisations fréquentes de la structure des services, ont eu un impact sur la disponibilité d'un service de naissances à domicile et ont concentré les naissances au sein des hôpitaux (ref 8-10). Les raisons en sont les suivantes :

- Contraintes budgétaires
- Valeurs et croyances des organisations en matière de soins de maternité
- Manque de personnel présentant les compétences appropriées (ref 11)

1.3 Au cours de cette période, les femmes et le monde associatif ont questionné l'approche unidimensionnelle du lieu de naissance en faveur de plus d'options et ont eu une influence sur l'éventail de preuves disponibles actuellement pour soutenir un retour à une gamme plus diverse des lieux d'accouchement (ref 12-15).

2. Revue des faits : Avantages et inconvénients

2.1 L'analyse des diverses données disponibles sur la pratique des naissances à domicile et l'offre d'un tel service démontre qu'accoucher à domicile est une option « sûre » pour beaucoup de femmes (ref 2, 16, 17). Cependant, il ne s'agit pas ici de définir la « sécurité » dans son interprétation la plus étroite impliquant uniquement la sécurité physique ; il s'agit aussi de reconnaître et inclure ce qui relève du bien-être émotionnel et psychologique. La naissance pour une femme est un rite de passage et un élément de la vie de famille ainsi que le début d'une relation de toute une vie avec son bébé. Accoucher à domicile ne sera pas le choix de toutes les femmes (ref 7).

2.2 Des études contrôlées randomisées pour évaluer la sécurité des naissances à domicile ne sont pas réalisables actuellement. Les données d'observations disponibles montrent des taux

d'intervention plus faibles et une satisfaction maternelle plus élevée pour les naissances à domicile planifiées par rapport aux naissances à l'hôpital. En général, la littérature indique que les femmes ont moins mal à la maison et utilisent moins d'analgésiques, qu'elles subissent des taux plus faibles d'interventions, qu'elles ont plus d'autonomie et une satisfaction plus grande (ref 1, 12, 18-20). Les interventions prises en compte comportent le déclenchement, l'accélération du travail, les traumatismes du périnée et l'épisiotomie, les extractions instrumentales et la césarienne. Ces interventions ne sont pas insignifiantes et peuvent avoir un impact considérable sur la santé à long terme d'une femme et sur sa relation naissante avec son bébé ainsi que sur son sentiment de satisfaction par rapport à son expérience de la naissance.

2.3 En outre, l'étude des récits par les femmes de leur expérience de naissances à domicile fournit des données qualitatives sur un sentiment plus grand de contrôle, de puissance et d'estime de soi ainsi qu'une préférence irrésistible pour l'accouchement à la maison (ref 3, 21-27).

2.4 Une distinction doit être faite entre les femmes qui planifient une naissance à domicile et celles qui vivent un accouchement à domicile imprévu ; en effet les naissances à domicile involontaires ainsi que les femmes qui n'ont pas reçu de préparation à la naissance sont associées à un taux plus élevé de complications maternelles et périnatales (ref 20).

2.5 Une proportion des femmes qui planifient d'accoucher à la maison sont transférées à l'hôpital (ref 9, 13, 14, 19), le plus fréquemment pour stagnation du travail ou parce qu'elles ont besoin d'un analgésique indisponible à la maison, tel que l'anesthésie péridurale. Les raisons les plus graves des transferts sont l'hémorragie maternelle, des craintes pour le bien-être du fœtus et un bébé nouveau-né présentant une mauvaise condition physique de manière inattendue. Des délais lors du transfert dans de telles circonstances peuvent avoir de sérieuses conséquences. En raison d'une collecte déficiente de données de maternité, les statistiques comparatives pour les femmes transférées en cours de travail ne sont pas claires. Des taux de transfert supérieurs sont associés à la nulliparité (ref 13, 14, 19, 28). La discussion avec les femmes au sujet de leur transfert potentiel en cours de travail devrait prendre en compte la distance entre les infrastructures de naissance ainsi que toutes les autres circonstances locales qui pourraient impliquer un retard lors du transfert.

3. Atteindre la meilleure pratique

3.1 Le RCM et le RCOG estiment tous deux que pour atteindre la meilleure pratique au sein des services de naissance à domicile il est nécessaire que les systèmes et les structures d'organisations soient élaborés pour soutenir complètement ce service. Cela impliquera de développer une philosophie commune, d'encourager au sein des services une culture d'estime réciproque pour tous les environnements de naissance.

3.2 La participation très large des équipes multidisciplinaires locales et des usagers pour étayer les pratiques de la naissance à domicile au sein d'un cadre de gouvernance clinique aboutit à un service de qualité qui démontre l'engagement à soutenir les femmes dans leurs choix (ref 4-6). Un tel fonctionnement soutient également le développement de pratiques responsables et réactives qui sont elles-mêmes entretenues par des prises de décisions cliniques efficaces.

4. Mise à disposition de l'information, choix éclairé et implication de l'utilisateur dans l'organisation des services

4.1 Les principes clés incluent de fournir une information impartiale sur les différents lieux de naissance possibles et d'être transparent sur les avantages et inconvénients potentiels de l'accouchement à domicile (ref 14, 29-33).

Des renseignements écrits concernant le lieu de naissance devraient être disponibles pour toutes les femmes, toutes les femmes devraient être encouragées à participer activement à l'éventail complet des différents suivis de grossesse et enfin, les femmes doivent pouvoir faire le choix du lieu de

naissance à n'importe quel stade de leur grossesse (ref 14).

4.2 Le soutien du choix des femmes est lié à des évaluations cliniques durant la grossesse et le travail afin d'actualiser le protocole de soins (ref 12). Il est admis qu'il n'y a aucun outil connu en matière d'évaluation des risques qui fournisse une valeur prédictive efficace en ce qui concerne le déroulement de la période prénatale et du travail (ref 34, 35).

4.3 L'offre d'accoucher à domicile devrait prendre en compte les besoins individuels des femmes, en particulier les femmes issues de milieux exclus socialement, précarisés ou minoritaires (ref 4, 36-38) car elles ont moins de chances d'avoir accès aux services ou de faire la demande d'une naissance à domicile.

4.4 La participation des pères/partenaires dans la planification d'une naissance à domicile et leur présence à cette même naissance sont encouragées puisque la grossesse et la naissance sont les premières opportunités majeures pour impliquer les pères/partenaires dans les soins appropriés et l'éducation de leurs enfants (ref 4).

5. Continuité et communication

5.1 Une communication continue entre les professionnels de santé, les femmes et leurs familles est nécessaire pour la continuité des soins. 'Une sage-femme assurant un suivi auprès de femmes, quel que soit le cadre, doit veiller à identifier les risques possibles et prévoir d'atténuer ces risques par son approche des soins, par sa connaissance des réseaux d'aide locaux et par sa communication avec ses collègues, la femmes qu'elle accompagne et sa famille' (ref 15). Un système d'orientation médicale pendant la grossesse est prévu pour faciliter une communication efficace et des feed-back à tous les niveaux et avec tous les organismes prestataires de soins.

5.2 Au Royaume Uni, la politique périnatale reconnaît que, pour la majorité des femmes, la grossesse et la naissance sont des étapes normales de la vie et que promouvoir l'expérience pour les femmes d'avoir le choix et un certain contrôle autour de la naissance peut avoir un effet significatif sur la santé et le développement des bébés (ref 4-6). L'amélioration des relations obtenue grâce à la continuité des soins et du dispensateur de soins peut amener des avantages considérables pour la promotion de l'allaitement maternel, la réduction du tabagisme en cours de grossesse et l'amélioration de l'alimentation chez les mères.

5.3 La continuité des soins est un concept complexe puisqu'il peut aussi bien signifier la continuité des soins prodigués par une équipe de sages-femmes que la continuité du dispensateur de soin en la personne d'une seule et même sage-femme. Les organisations doivent explorer les divers moyens de promouvoir les naissances à domiciles au sein de ces schémas de soins, en particulier pour les femmes exclues socialement (ref 36-39).

5.4 Un autre aspect pour garantir une communication véritable réside dans la documentation claire et détaillée du plan de soins pour la naissance à domicile (ref 32, 36).

6. Soutien aux structures de service

6.1 Les problèmes récents du recrutement de sages-femmes et de leur maintien au sein des services de maternité ont amené certains NHS Trusts à supprimer les services de naissance à domicile ou à informer les femmes en dernière minute que le personnel requis n'était pas disponible. Laisser croire à ces femmes tout au long de leur grossesse qu'elles pourront bénéficier d'une naissance à domicile et supprimer cette option tardivement dans la grossesse ou même durant le travail n'est pas acceptable et entraînera plus de pression sur le personnel en salles de naissances et sur les sages-femmes, puisqu'ils devront s'occuper de femmes mécontentes du service dès le début de leur travail. Tout risque de ne pas pouvoir fournir ce type de service devrait être annoncé en début de grossesse.

6.2 Il est essentiel que des arrangements formels et multidisciplinaires soient mis en place au niveau local pour les situations d'urgence, ce qui inclut notamment le transfert en cours de travail et la possibilité pour les sages-femmes de faire appel directement à l'obstétricien le plus expérimenté de la salle d'accouchement et/ou au pédiatre. La sage-femme est responsable du transfert et doit rester présente tout au long du transfert pour prendre soin de la femme et du bébé et ce, si possible, jusque dans l'unité de transfert. Ces protocoles doivent inclure les praticiens en libéral qui offrent un service de naissance à domicile. L'utilisation d'équipes volantes n'est plus soutenue et dans le cas d'une urgence, le transfert est la seule option.

6.3 D'autres organismes jouent un rôle important de collaboration dans la gestion des services de naissance à domicile, en particulier le service régional d'ambulances. C'est pourquoi développer un accord de service avec ces agences fournira un cadre amélioré de la gestion du risque ; par exemple, dans le cas d'un transfert en urgence, les ambulances devraient emmener les femmes à l'unité de consultation d'obstétrique plutôt qu'au service des accidents et des urgences. Les bébés doivent être transférés dans des maternités qui possèdent un service néonatal approprié.

6.4 La sécurité professionnelle et personnelle de la sage-femme lors d'une naissance à domicile requière des ressources supplémentaires. Par exemple, il est de la responsabilité de l'employeur de prévoir un niveau d'équipement de base pour exercer cette activité, y compris les moyens de communication (ref 33, 40). De plus, les sages-femmes qui travaillent seules au sein de la communauté locale devraient se voir fournir des conditions appropriées à leur statut de travailleur isolé par leur NHS trust local ou leur employeur.

6.5 La supervision des sages-femmes est intégrante à toute pratique de sage-femme et toutes les organisations doivent s'assurer qu'il y a un nombre suffisant de superviseurs de sages-femmes pour assurer un accès 24h/24 (ref 41). Lorsqu'une femme présente un facteur de risque qui pourrait rendre peu appropriée une naissance à domicile, il est recommandé que la sage-femme fasse appel à un supérieur et à son superviseur.

7. Savoir faire et compétences

7.1 Les sages-femmes doivent être compétentes dans l'environnement d'un accouchement à domicile et pourraient avoir besoin d'améliorer ou de mettre à jour leurs compétences obstétriques existantes avant de fournir un service de naissance à domicile (ref 15). La responsabilité personnelle des sages-femmes selon laquelle elles effectuent uniquement les tâches pour lesquelles elles sont compétentes est régie par les Règles et Standards des Sages-Femmes (ref 41). La responsabilité de l'organisation est de fournir des ressources pour acquérir de nouvelles compétences associées à la pratique des naissances à domicile ou entretenir celles déjà existantes, ce qui inclut la capacité à faciliter et observer le travail physiologique ainsi que la capacité à agir dans les cas d'urgence. Les formations « drills and skills » (stages pratiques et mises en situation d'urgences obstétricales) obligatoires doivent couvrir les environnements à l'extérieur des salles d'accouchement et des modèles de simulation devraient être mis à disposition pour encourager la pratique des compétences requises. Des registres des personnes participant aux formations « drills and skills » devraient être tenus à jour pour s'assurer que toute l'équipe participe régulièrement à un programme de roulement (ref 42).

7.2 Les cours avancés en urgences obstétriques et en réanimation néonatale requièrent les fonds adéquats pour des formations supplémentaires.

7.3 L'évaluation du risque doit se faire avec les outils limités qui sont disponibles. Une sélection avisée des grossesses à faible risque est très importante pour minimiser les complications. Idéalement cela devrait être réalisé par les sages femmes cadres et l'équipe obstétricale.

8. Archivage des données, audit et enquêtes d'usagers

8.1 Une gestion des dossiers moderne et précise est vitale, comme pour tous les aspects des soins de santé (ref 33, 41, 43). Les dossiers complets doivent être conservés sur les différents sites et la plupart des organismes exigent actuellement l'apport de l'outil informatique pour les dossiers des naissances et l'obtention du numéro NHS du bébé. Ces programmes informatiques constituent une aide pour faire l'audit des pratiques individuelles et des organisations. Les secteurs de service ou d'exercice ciblés par les audits devraient inclure au minimum les taux de naissances à domicile, de transferts et d'intervention. Il faut faire le lien entre les enquêtes de satisfaction des usagers et les groupes de travail et les services de naissances à domicile. Des systèmes sérieux de gouvernance clinique doivent être mis en place pour contrôler la qualité des services de naissance à domicile. Ceux-ci devraient inclure des données d'audits à la fois qualitatifs et quantitatifs. Il faudrait prendre en considération l'expérience des femmes, leur histoire, les taux de transfert, le temps de réponse des ambulances et les scénarios d'urgence. Dans le cas d'une issue particulièrement défavorable, une analyse détaillée des causes devrait être entreprise (ref 42).

9. Conclusion

9.1 Le Collège Royal des Sages Femmes (RCM) et le Collège Royal des Obstétriciens et des Gynécologues (RCOG) soutiennent l'offre de services de naissance à domicile pour les femmes présentant un faible risque de complications. Si ce service est proposé par des sages-femmes qui s'engagent à ce type de pratique dans la continuité des schémas de soins et qui sont convenablement soutenues, alors les résultats ont toutes les chances d'être optimaux. Ces services ont besoin de directives basées sur des données scientifiques, lorsque cela est possible. Une bonne communication, une formation adéquate et une politique de transfert en cas d'urgence sont essentielles.

Validité jusqu'en avril 2010, sauf autre indication.

Cette déclaration a été écrite au nom du Collège Royal des Obstétriciens et des Gynécologues et du Collège Royal des Sages-Femmes par

JL Cresswell FRCOG, Chesterfield, et E Stephens RM

et a été relue attentivement par

Ms J Demilew, Ms C Dowling, Dr MCM Macintosh MRCOG, Ms P McConn, Dr MP

Mohajer FRCOG, Mr RJ Porter FRCOG and Mr PJ Thompson FRCOG.

La version finale est de la responsabilité du **Collège Royal des Obstétriciens et des Gynécologues** et du **Collège Royal des Sages-Femmes**.

Traduit par Flore Bellefontaine, septembre 2008

Le document original en anglais est accessible sur le site du Collège Royal des Sages Femmes http://www.rcmnormalbirth.net/webfiles/Statement/Home_Births_Joint_Statement.pdf et sur celui du Collège Royal des Obstétriciens et Gynécologues <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=2023>

References

1. Wieggers TA, Keirse MJ, Van der Zee J, Berghs GA. Outcome of planned home birth and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. *BMJ* 1996;313:1309–13.
2. Olsen O. Meta-analysis of the safety of the home birth. *Birth* 1997;24:4–13.
3. Ogden J, Shaw A, Zander L. Deciding on a home birth: help and hindrances. *Br J Midwifery*

1997;5:212–15.

4. Department of Health. The National Service Framework for Children and Young People. Maternity Services. Standard 11. London: Department of Health; 2004 www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/05/23/04090523.pdf.
5. Welsh Assembly Children's Health and Social Care Directorate. National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services in Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2005 www.wales.nhs.uk/sites/documents/441/ACFD1F6.pdf.
6. Scottish Executive. A Framework for Maternity Services in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive; 2001 www.scotland.gov.uk/library3/health/ffms-00.asp.
7. Department of Health. Changing Childbirth: Report of the Expert Maternity Group. London: HMSO; 2003.
8. Department of Health and Social Security. Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee (Chairman J. Peel). Domiciliary midwifery and maternity bed needs. London: HMSO; 1970.
9. Campbell R, Macfarlane A. Where to be Born: the Debate and the Evidence. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 1987.
10. Tew M. Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care. 2nd ed. London: Chapman and Hall; 1998.
11. Demilew J. Homebirth in urban UK. MIDIRS Midwifery Digest 2005;15:4(Suppl 2).
12. Edwards N. Choosing a Home Birth. London: Association for Improvements in the Maternity Services; 1994.
13. Chamberlain G, Wraight A, Crowley P. Home Births: The Report of the 1994 Confidential Enquiry by the National Birthday Trust Fund. Carnforth: Parthenon; 1997.
14. National Childbirth Trust. NCT Home Birth In the United Kingdom. London: NCT; 2001.
15. Nursing and Midwifery Council. Midwives and Home Birth. NMC Circular 8–2006. London: NMC;2006 www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=1472.
16. Springer NP, Van Weel C. Home birth. *BMJ* 1996;313:1276–7.
17. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital births. *Cochrane Database Syst Rev* 1998; (3):CD000352.
18. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *BMJ* 1996;3:371–5.
19. Davies J. The Midwife in the Northern Regions Home Birth Study. *Br J Midwifery* 1997;5:219–24.
20. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. 5th Annual Report. Focus group place of delivery. London: Maternal and Child Health Research Consortium; 1998.
21. Viisainen K. Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. *Soc Sci Med* 2002;52:1109–21.
22. Andrews A. Home birth experience 2:births/postnatal reflections. *Br J Midwifery* 2004;12:552–7.
23. Munday R. Women's experience of the postnatal period following a planned home birth; a phenomenological study. *MIDIRS Midwifery Digest* 2004;13:371–5.
24. O'Brien M. Home and hospital: a comparison of the experiences of mothers having home and hospital confinements. *J R Coll Gen Pract* 1978;28:460–6.
25. Goldthorp WO, Richman J. Maternal attitudes to unintended home confinements: a case study of the effects of the hospital strike upon domiciliary confinement. *Practitioner* 1974;212:818–53. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives Joint Statement No.2 5 of 6
26. Alment EA, Barr A, Reid M, Reid JJ. Normal confinement: home or hospital? The mother's preference. *BMJ* 1967;1:52–53.<<only ref found is: Alment EA, Barr A, Reid M, Reid JJ. Normal confinement: a domiciliary and hospital study. *Br Med J.* 1967 May 27;2(5551):530–5.>>
27. Paddison J. Home Birth a Family Affair: A Qualitative Research Case Study of Home Birth and Social Boundaries. Wigtownshire: Impart Publishing; 2005.

28. Campbell R, Macfarlane A. *Where to be Born? The Debate and the Evidence*. 2nd ed. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, 1994.
29. Emslie MJ, Campbell MK, Walker KA, Robertson S, Campbell A. Developing consumer-led maternity services: a survey of women's views in a local healthcare setting. *Health Expectations* 1999;2:195–207.
30. Hundley V, Rennie AM, Fitzmaurice A, Graham W, Van Teijlingen E, Penney G. A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery* 2000;16:303–13.
31. Singh D, Newburn M. *Access to Maternity Information and Support: the needs and experiences of pregnant women and new mothers*. London: National Childbirth Trust; 2000.
32. Royal College of Midwives. *Home Birth Hand Book: Volume 1: Promoting Home Birth*. London: RCM; 2002.
33. Royal College of Midwives. *Home Birth Hand Book: Volume 2: Practising Home Birth*. London: RCM; 2003.
34. Enkin MW, Keirse MJ, Renfrew MJ, Neilson JP. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 52.
35. Campbell R. Review and assessment of selection criteria used when booking pregnant women at different places of birth. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;550–6.
36. Hutchings J, Henty, D. Caseload practice in partnership with Sure Start: changing the culture of birth. *MIDIRS Midwifery Digest* 2002;(Suppl 1):538–40.
37. Sandall J, Davis J, Warwick C. *Evaluation of the Albany Midwifery Final Report*. London: Florence Nightingale School of Midwifery, King's College; 2001.
38. Royal College of Midwives. *Making Maternity Services Work for Black and Minority Ethnic Women: A Resource Guide for midwives*. London: RCM; 2004.
39. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000062.
40. Royal College of Midwives. *Safety for Midwives Working in Community*. Position Paper 12. London: RCM; 1996.
41. Nursing and Midwifery Council. *Midwives Rules and Standards*. London: NMC; 2004 www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=169.
42. National Health Service Litigation Authority. *Clinical Negligence Scheme for Trusts, Maternity. Clinical Risk Management Standards*. London: NHSLA; 2007 www.nhsla.com/NR/rdonlyres/F8184718-3AF9-400E-A3F3-5D9309E2AA72/0/CNSTMaternityClinicalRiskManagementStandardsApril2007website.pdf.
43. Royal College of Midwives. *Litigation: A Risk Management Guide for Midwives*. 2nd ed. London: RCM Trust; 2005