



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des sages-femmes
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick (COSFNB) reconnaît que l'accouchement représente pour une femme un profond rite de passage, un événement familial ainsi que le début d'une relation de toute une vie avec son bébé. Le COSFNB reconnaît le droit d'une femme d'accoucher à domicile où elle est entourée de sa famille et compte donc sur les sages-femmes inscrites pour lui offrir le choix d'un accouchement à domicile ou en milieu hospitalier, dans les limites de son champ d'exercice.

Selon leur déclaration conjointe de 2007, « le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists et le Royal College of Midwives appuient l'accouchement à domicile pour les femmes dont la grossesse est sans complications. Il n'existe aucune raison de ne pas offrir l'accouchement à domicile aux femmes présentant un faible risque de complications. Un tel accouchement peut comporter des avantages considérables pour les mères et leur famille. Il est largement prouvé que le travail à domicile accroît la probabilité d'un accouchement satisfaisant et sûr pour la femme, en plus d'avoir des effets bénéfiques sur sa santé et celle de son bébé¹ »

Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick s'efforce de rallier les professionnels de la santé (sages-femmes, médecins, infirmières, personnel hospitalier et ambulanciers) autour d'un objectif commun : **rendre l'accouchement à domicile le plus sécuritaire possible².**

Recherche

Il existe un ensemble grandissant de données solides portant sur les accouchements dirigés par une sage-femme et sur la sûreté des accouchements planifiés à domicile au Canada^{4, 7-10}. Les résultats correspondent à ceux d'études réalisées dans des systèmes comparables de soins santé, notamment en Angleterre, en Nouvelle-Zélande, dans les Pays-Bas et en Norvège^{4, 18-20}. Dans les pays où les services de sage-femme sont bien intégrés dans le système de soins de santé, les données probantes indiquent que l'accouchement planifié à domicile ou dans un centre de naissance est aussi sécuritaire que l'accouchement en milieu hospitalier pour les clientes de sage-femme qui présentent un faible risque de complications^{3, 4, 8, 18, 19}.

L'accouchement planifié à domicile demeure cependant une question litigieuse. Il existe diverses données probantes dans la littérature scientifique. La qualité méthodologique des études est variable, et certaines comportent des limites importantes qui empêchent d'appliquer facilement les données probantes au



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des sages-femmes
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

modèle de soins des sages-femmes du Nouveau-Brunswick^{4, 8, 14, 17, 19}. Les points de vue divergents mettent en évidence les diverses interprétations de la recherche sur les accouchements à domicile et hors du milieu hospitalier^{14, 15}.

Les études portant sur l'accouchement à domicile conviennent généralement des résultats favorables pour la mère, mais dans certains systèmes de santé, la hausse de résultats néonataux défavorables et le taux plus élevé de mortalité néonatale^{14, 17, 21} demeurent peu concluants^{17, 21}. Un récent examen critique évaluant les points forts et les limites des approches méthodologiques de 15 études de cohorte portant sur certains résultats des nouveaux-nés a révélé que les études centrées sur les grossesses à faible risque, sur le lieu d'accouchement prévu et sur la présence d'accoucheuses qualifiées ne montrent aucune différence en matière de morbidité néonatale. Il existe toujours un besoin d'obtenir des données probantes de qualité sur tous les aspects de l'accouchement hors du milieu hospitalier, et ce, en utilisant une méthodologie uniforme et rigoureuse.

Les résultats les plus positifs pour la mère et le bébé semblent être associés à un niveau élevé de collaboration interprofessionnelle et à un milieu de la santé favorable aux services sages-femmes^{1, 4, 8, 16, 18}. Un rapport Cochrane datant de 2012 appuie l'intégration des services d'accouchement à domicile dans les systèmes de soins de santé et recommande que toutes les femmes enceintes présentant un faible risque soient informées de l'option de l'accouchement planifié à domicile dans les pays qui donnent accès à des fournisseuses de soins de santé qualifiées disposant d'un soutien médical axé sur la collaboration³.

Au moment de discuter des risques, des avantages et des solutions de rechange associés aux lieux d'accouchement, les sages-femmes doivent présenter les meilleures données probantes disponibles sur les accouchements dirigés par une sage-femme et sur la sûreté des accouchements planifiés à domicile au Canada^{4, 8}.

Les sages-femmes peuvent informer toutes les clientes présentant un faible risque de complications que l'accouchement est généralement très sécuritaire pour elles et leur bébé. Les clientes présentant un faible risque de complications peuvent choisir tout lieu d'accouchement disponible dans leur collectivité (p. ex. : domicile, centre de naissance, hôpital, clinique de sage-femme et centre de santé éloigné)^{4, 8}.



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des sages-femmes
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

L'accouchement planifié à domicile ou dans un centre de naissance par rapport au milieu hospitalier est associé à un taux plus élevé d'accouchements spontanés par voie vaginale et à des taux plus faibles d'hémorragies post-partum, de traumatismes périnéaux (déchirures périnéales de 3^e et de 4^e degré) et d'interventions obstétricales, notamment la césarienne, l'accouchement vaginal assisté, l'épisiotomie, la stimulation du travail par l'administration d'ocytocine, l'anesthésie péridurale ou l'anesthésie rachidienne⁷⁻¹³.

L'accouchement planifié à domicile est associé à des taux plus faibles d'utilisation de narcotiques et d'oxyde nitreux pour soulager la douleur⁷⁻¹⁰.

En règle générale, les taux d'interventions néonatales et les résultats négatifs pour la santé sont faibles dans tous les lieux d'accouchement pour toutes les clientes de sage-femme qui présentent un faible risque de complications⁷⁻¹². La comparaison des accouchements planifiés à domicile et des accouchements planifiés à l'hôpital, sans égard à la parité, n'a révélé aucune différence quant au risque de mortalité (décès intrapartum, accouchement d'un mort-né et décès néonatal précoce avant 28 jours)⁷⁻¹⁰.

Par ailleurs, la comparaison des accouchements planifiés à domicile et dans un centre de naissance et des accouchements en milieu hospitalier n'a fait ressortir aucune différence en ce qui a trait aux autres interventions néonatales et aux résultats négatifs pour la santé, notamment la réanimation néonatale à l'aide de la ventilation en pression positive (VPP) et des compressions thoraciques^{7, 8}, les admissions à l'unité des soins intensifs néonataux (USIN)^{7, 11, 12} et les indices d'Apgar^{7-11 4}.

Ces résultats issus de la recherche canadienne correspondent aux résultats de recherche internationale obtenus dans les lieux où la profession de sage-femme est bien intégrée dans le système de soins de santé⁴.

Choix concerté et éclairé

Le choix du lieu d'accouchement et le choix éclairé sont des principes fondamentaux des soins de sage-femme. Les sages-femmes facilitent le processus décisionnel concerté et éclairé et reconnaissent que les clientes sont les principales personnes qui prennent les décisions concernant leurs soins de santé.

Les sages-femmes prennent connaissance de la situation sociale, culturelle, physique et affective de chaque cliente et de chaque famille et cherchent à



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des *sages-femmes*
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

trouver pour chaque personne le lieu d'accouchement le plus approprié, notamment à l'extérieur du milieu hospitalier. Elles tiennent compte de la situation du logement de la cliente, de même que des options et ressources particulières offertes dans sa localité⁴.

Les sages-femmes facilitent des discussions visant un choix éclairé en s'assurant que les clientes comprennent :

- les raisons ou les états qui pourraient nécessiter la consultation d'un autre professionnel de la santé ou le transfert des soins à cette personne;
- les raisons ou les états qui pourraient nécessiter le transport à l'hôpital;
- les interventions normalisées et les mesures d'urgence que pourrait utiliser une sage-femme assistant à un accouchement à domicile ou en milieu hospitalier;
- les interventions normalisées et les mesures d'urgence offertes en milieu hospitalier qui ne sont pas disponibles lors d'un accouchement à domicile sans un transport à l'hôpital;
- la nature imprévisible de l'accouchement à domicile ou en milieu hospitalier.

Sûreté et compétence

Le COSFNB a établi des normes et des politiques qui favorisent la sûreté de l'accouchement à domicile. Les sages-femmes inscrites reçoivent une formation relative à la prise en charge des urgences maternelles et néonatales à domicile et en milieu hospitalier et renouvellent régulièrement leur certificat en réanimation néonatale et en prise en charge des urgences obstétricales.

L'équipement que les sages-femmes apportent aux accouchements à domicile et qui est disponible dans les centres de naissance est semblable à l'équipement utilisé dans un hôpital communautaire de niveau 1 et comprend l'oxygène, l'équipement de réanimation néonatale, le sphygmo-oxymètre, les médicaments pour traiter les hémorragies post-partum, les solutions intraveineuses, les fournitures pour suturer et les instruments stériles.

Proximité de l'hôpital et du service d'urgence

La plupart des transports du domicile à l'hôpital ne sont pas urgents et s'effectuent généralement à bord d'un véhicule privé. Dans les situations d'urgence, le transport se fait par ambulance et la sage-femme accompagne la



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des *sages-femmes*
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

cliente pendant le transport à titre de fournisseuse de soins primaires et d'escorte médicale.

Les chercheurs et cliniciens ont avancé l'hypothèse que la distance d'un hôpital ayant un service d'urgence et un personnel spécialisé peut avoir des incidences sur les résultats généraux. Cette hypothèse n'a toutefois pas été étudiée ni vérifiée. Les résultats d'une étude réalisée en Colombie-Britannique concernant les effets de la distance des établissements sur les résultats des soins de maternité indiquent, conformément aux données internationales, que le facteur clé est l'accès à des accoucheuses qualifiées, **non le niveau** de l'établissement^{3, 5}.

Attentes du Conseil de l'Ordre des sages-femmes du Nouveau-Brunswick par rapport à l'accouchement à domicile

- L'accouchement est planifié et préparé à domicile (ou dans un autre lieu convenable hors du milieu hospitalier).
- Deux sages-femmes inscrites assistent à l'accouchement, ou bien une sage-femme inscrite et une auxiliaire pour l'accouchement autorisée par le COSFNB.
- Lorsqu'une sage-femme travaille avec une auxiliaire pour l'accouchement, la formation, les qualifications et l'expérience de cette auxiliaire pour l'accouchement sont prises en compte.
- Pour chaque accouchement, la sage-femme maintient, met à jour et vérifie les fournitures, l'équipement et la formation nécessaires à la prise en charge des situations d'urgence à domicile.
- La sage-femme assure des soins et une surveillance individualisés et continus pendant le travail actif.
- La sage-femme a établi un système bien conçu pour consulter les médecins de la collectivité et orienter ses clientes vers ces médecins.
- Les professionnels de la santé de la collectivité collaborent entre eux.
- Le transport d'urgence par un personnel qualifié et l'accès aux services médicaux sont disponibles.
- L'hôpital le plus près offrant des soins obstétricaux et néonataux a établi une procédure pour accueillir les clientes transportées d'urgence lors d'un accouchement à domicile.
- La sage-femme prend en compte la durée du transport à l'hôpital dans les conditions routières et météorologiques locales.



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des sages-femmes
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

Références

1. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists et Royal College of Midwives, *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives Joint statement No.2, April 2007*, « Home Births », Royaume-Uni.
2. College of Midwives of British Columbia, *Statement on Home Birth*. Révisé en 2005.
3. O. Olsen et J.A. Clausen, « Planned hospital birth versus planned home birth », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9 (2012), n° de l'article : CD000352. DOI : 10.1002/14651858.CD000352.pub2.
4. Expert Advisory Panel on Choice of Birthplace, *Guideline for discussing choice of birthplace with clients*, Association of Ontario Midwives, 2016.
5. S. Grzybowski, K. Stoll et J. Kornelsen, « Distance matters: A population based study examining access to maternity services for rural women », *BMC Health Services Research*, vol. 11, n° 147 (2011), p. 1-8.
6. College of Midwives of British Columbia, *Place of Birth Handbook*. Révisé en 2015.
7. E.K. Hutton, A.H. Reitsma et K. Kaufman, « Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study », *Birth*, vol. 36, n° 3 (sept. 2009), p. 180-189.
8. E.K. Hutton, A. Cappelletti, A.H. Reitsma, J. Simioni, J. Horne, C. McGregor et coll., « Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 188, no 5 (15 mars 2016), p. E80-E90.
9. P.A. Janssen, S.K. Lee, E.M. Ryan, D.J. Etches, D.F. Farquharson, D. Peacock et coll., « Outcomes of planned births after regulation of midwifery in British Columbia », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 3 (2002), p. 315-323.
10. P.A. Janssen, L. Saxell, L.A. Page, M.C. Klein, R.M. Liston et S.K. Lee, « Outcomes of planned home birth with registered midwives versus planned hospital birth with midwife or physician », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n°s 6-7 (15 sept. 2009), p. 377-383.
11. P. Brocklehurst, P. Hardy, J. Hollowel, L. Linsell, A. Macfarlane, N. Marlow et coll., « Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low-risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study », *BMJ*, vol. 343, n° d7400 (novembre 2011), p. 1-13.



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des sages-femmes
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

12. D. Davis, S. Baddock, S. Pairman, M. Hunter, C. Benn, D. Wilson et coll., « Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? », *Birth*, vol. 38, n° 2 (juin 2011), p. 111-119.

13. D. Davis, S. Baddock, S. Pairman, M. Hunter, C. Benn, J. Anderson et coll., « Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third-stage management of labor », *Birth*, vol. 39, n° 2 (juin 2012), p. 98-105.

14. J.R. Wax, F.L. Lucas, M. Lamont, M.G. Pinette, A. Cartin et J. Blackstone, « Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 203, n° 3 (2010), p. 243.e1-243.e8.

15. Carl A. Michal, Ph. D., Patricia A. Janssen, Ph. D., Saraswathi Vedam, Sci. D., Eileen K. Hutton, Ph. D., et Ank de Jonge, Ph. D., « Planned Home vs Hospital Birth: A Meta-Analysis Gone Wrong ».

16. Ruth Zielinski, Kelly Ackerson et Lisa Kane Low, « Planned home birth: benefits, risks, and opportunities », *International Journal of Women's Health*, vol. 7 (2015), p. 361-377.

17. J.M. Snowden, E.L. Tilden, J. Snyder, B. Quigley, A.B. Caughey et Y. Cheng, « Planned out-of-hospital Birth and Birth Outcomes », *New England Journal of Medicine*, vol. 373, n° 27 (31 décembre 2015), p. 2642-2653.

18. Birthplace in England Collaborative Group, « Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study », *BMJ*, vol. 343, n° d7400 (2011).

19. Y. Hiraizumi et S. Suzuki, « Perinatal outcomes of low-risk planned home and hospital birth under midwife-led care in Japan », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, vol. 39, n° 11 (novembre 2013), p. 1500-1504. DOI : 10.1111/jog.12094. [Epub : 15 juillet 2013].

20. J. van der Kooy, J. Poeran, J.P. de Graaf, E. Birnie, S. Denktasç, E.A. Steegers et G. Bonsel, « Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, vol. 118, n° 5 (novembre 2011), p. 1037-1046. DOI : 10.1097/AOG.0b013e3182319737.

21. Annemieke C.C. Evers, Hens A.A. Brouwers, Chantal W.P.M. Hukkelhoven, Peter G.J. Nikkels, Janine Boon, Anneke van Egmond-Linden, Jacqueline Hillegersberg,



Midwifery Council of New Brunswick

**Conseil de l'Ordre des sages-femmes
du Nouveau-Brunswick**

Énoncé de principe sur l'accouchement à domicile

Yvette S. Snuif, Sietske Sterken-Hooisma, Hein W. Bruinse et Anneke Kwee,
« Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the
Netherlands:prospective cohort study », *BMJ Online First, BMJ*, vol. 341, n° c5639
(2010). DOI : 10.1136/bmj.c5639.

22. Heather R. Elder, Amina P. Alio et Susan G. Fisher, « Investigating the debate of
home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant
outcomes », *Japan Journal of Nursing Science.*, vol. 13, n° 3 (juillet 2016), p. 297-308.
DOI : 10.1111/jjns.121116.