

Abstract - Groupe n°02

Accouchement à domicile : en cas de complications, qui décide?

Kamel Ballan, Aimie Bayard, Nadia Benghalem, Camille Chollet, David Finnich

Introduction

Lors d'un accouchement à domicile en situation de complications médicales, il peut être nécessaire de prendre la décision de transférer la patiente dans un hôpital.

La littérature détaille les situations dites « à risque » qui nécessitent une prise en charge hospitalière^[1,2]. Toute grossesse mettant en danger la mère ou l'enfant, les grossesses gémellaires, les sièges, les prématurés, les dépassements de terme, un placenta mal placé et une hypertension maternelle appellent à un transfert en milieu hospitalier.

Cependant, aujourd'hui, aucune étude n'apporte de preuves solides des risques ou bénéfices d'un accouchement à domicile, comparé à un accouchement en milieu hospitalier, en situation de bas risque^[3].

La limite première de ce travail est la rareté des cas concernés par la problématique abordée. En effet, l'accouchement à domicile concerne actuellement environ 800 naissances sur les 80'000 recensées en Suisse, soit 1%^[1,2]. Par conséquent, il n'y a que peu de littérature traitant de la problématique de l'accouchement à domicile en situation de complications médicales.

La législation suisse est précise concernant la capacité de discernement et le commencement de la personnalité de l'enfant^[4,5,6]. De plus, le code pénal suisse protège l'enfant à venir dès le début des premières douleurs de l'accouchement^[4,7]. Enfin, il existe aussi une législation quant aux compétences de la sage-femme^[8]. Il n'y a cependant pas de législation qui encadre précisément l'accouchement à domicile en situation de complications médicales en Suisse.

Les contradictions en rapport avec les risques de l'accouchement à domicile, le manque d'études communautaires sur ce sujet et l'absence de cadre légal précis, conduisent à se poser la question de recherche suivante : lors de la volonté persistante d'accoucher à domicile malgré la venue de complications médicales, quelle est l'opinion et la place des acteurs concernés et qui peut prendre les décisions?

Méthode

Les objectifs de ce travail sont les suivants :

Identifier les acteurs qui interviennent dans la prise de décision concernant un accouchement à domicile, décrire la législation suisse qui encadre cette prise de décision, décrire et analyser les opinions d'acteurs médicaux et non-médicaux sur la question de l'accouchement à domicile en situation de complication médicale, confronter les opinions, la législation et la réalité, ainsi que comprendre les limites du système de santé actuel et apporter une réflexion sur les améliorations possibles.

Pour y répondre, la méthodologie utilisée se base sur des entretiens semi-structurés avec un échantillon raisonné et sélectionné par la lecture préalable de revues littéraires. Il est composé de sages-femmes hospitalières et libérales, d'un gynécologue, d'un médecin cantonal, d'une femme ayant donné naissance à domicile, d'une éthicienne, d'une juriste hospitalière et d'un professeur en droit de la santé.

Les entretiens sont illustrés par deux cas cliniques fictifs de femmes désireuses d'accoucher à domicile malgré une situation extraordinaire. Le premier traite d'un dépassement de terme et le second d'une présentation par le siège lors de l'accouchement.

Résultats

Les avis convergent sur la nécessité d'une discussion durant la grossesse s'intégrant dans la création de la relation de confiance entre la sage-femme et les parents. Durant cet échange, le rôle de la sage-femme consiste à donner des informations éclairées à la femme enceinte, tout en intégrant en plus les volontés de la patiente. Actuellement, il n'y a pas de réglementation, un accord oral suffit.

Par conséquent, les trois acteurs primordiaux qui doivent être intégrés dans la décision de l'accouchement à domicile sont, d'après nos entretiens, la mère, le père et la sage-femme libérale. Parallèlement, les acteurs secondaires suivants ont été évoqués : pédiatre, gynécologue, entourage de la patiente et, plus généralement, toute personne que la patiente désire intégrer à son choix. Finalement, l'avis est unanime sur la nécessité d'une bonne entente entre ces acteurs qui n'existe pas toujours aujourd'hui.

Dans le cadre légal, la mère seule prend la décision finale, car elle possède toujours sa capacité de discernement jusqu'à preuve du contraire. Le père peut interférer avec l'expression libre de son choix.

Les avis divergent sur la prise en charge des situations exposées dans les vignettes. Tout d'abord, la définition de complications médicales n'est pas homogène chez les personnes interrogées. De plus, concernant la présentation par siège en cours de travail, définie comme une situation d'urgence, la sage-femme hospitalière transférerait la patiente à l'hôpital, alors que les sages-femmes libérales et le gynécologue l'accoucheraient à domicile. Les facteurs pris en compte par l'échantillon pour cette décision sont principalement les risques et bénéfices pour la mère et l'enfant, la distance de l'hôpital et l'expérience de la sage-femme.

Discussion

Les résultats montrent une divergence d'opinions entre acteurs du monde hospitalier et extrahospitalier, en ce qui concerne la problématique de l'accouchement à domicile et, plus précisément, sur la prise en charge de ce dernier.

En effet, le domaine hospitalier concentre les grossesses à haut risque. En découle une représentation biaisée de l'accouchement comme une situation à risque nécessitant obligatoirement une prise en charge médicalisée. En opposition, les accouchements à domicile étant principalement des situations à bas risque, car rigoureusement sélectionnés, les sages-femmes libérales le perçoivent comme un processus physiologique. Les conséquences qui découlent de cette divergence sont une mécompréhension mutuelle et l'apparition de préjugés, pouvant mener à une mauvaise collaboration.

Les vignettes mettent en évidence l'insuffisance de soutien apporté à une sage-femme libérale dans le besoin. Dans l'urgence d'une présentation par le siège lors d'un accouchement entamé, toutes accoucheraient à domicile seules ou accompagnées d'une collègue, car aucune autre personne plus apte qu'elles dans cette situation ne serait à leur disposition. Par conséquent, les deux choix qui se présentent à la patiente sont un accouchement à haut risque à domicile ou un transfert à l'hôpital. C'est donc cette dernière qui doit s'adapter au monde médical et non l'inverse.

Finalement, la divergence des réponses à la question de la définition d'une complication médicale montre que, dans la pratique, cette dernière n'est pas l'argument principal d'une prise en charge particulière. Ce résultat est en opposition à la littérature qui a été présentée dans l'*introduction*^[1,2]. Par conséquent, les enjeux de la question de recherche en sont modifiés. Plutôt que de chercher qui décide en cas de complications médicales, il devient plus adéquat de traiter de la prise en charge en fonction d'autres facteurs (expérience des sages-femmes, distance de l'hôpital par rapport au domicile, etc.).

La limite de ce travail se trouve principalement dans la sélection de l'échantillon raisonné. En effet, il a été difficile d'approcher des personnes strictement opposées à l'accouchement à domicile, ce qui a pour conséquence que les résultats s'appuient principalement sur l'opinion d'acteurs défendant ce type d'accouchement.

En conclusion, ce travail montre des lacunes dans le système de santé actuel et dans la collaboration entre professionnels hospitaliers et libéraux. Toutefois, les recherches et améliorations suivantes pourraient être entamées : la mise en œuvre de moyens permettant de briser les préjugés existants (journées interprofessionnelles), une modification logistique du système de santé permettant d'améliorer le transfert et la prise en charge de situations à haut risque (équipes mobiles, visite préalable d'un service hospitalier), établissement d'un réseau entre les sages-femmes libérales et les hôpitaux, afin que les informations qui concernent l'accouchement soient claires et accessibles à toutes les personnes concernées (dossiers électroniques disponibles, ligne téléphonique) et la régulation des écarts de conduites (mise en place d'une ligne de conduite universelle ou de réglementations).

Références

1. Zeynep Ersan Berdoz. Accouchement à domicile : entre crainte et méconnaissance. Sage-femme.ch. 2004 Dec (11):28-29
2. Sabine Hänny, Gerlinde Michel. La variante est-elle sûre? Sage-femme.ch. 2004 Dec (11) :
3. Olsen O, Clausen JA. Plannes hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Nov 25 (11)
4. Manaï Dominique. Droits du patient face à la biomédecine. 2^{ème} éd. Bern : Stämpfli ; 2013. p. 34-35, 50, 54, 348-50.
5. Art. 16 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (=CC ; RS 210)
6. Art. 31 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (=CC ; RS 210)
7. Art. 116 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (=CP ; RS 311.0)
8. Art. 122h de la Loi cantonale vaudoise sur la santé publique du 29 mai 1985 (= LSP/VD ; RSV 800.01)

Mots clés

« accouchement à domicile planifié » ; « complications médicales » ; « décision » ; « transfert » ; « capacité de discernement »

Accouchement à domicile : en cas de complications, qui décide?

Kamel Ballan, Aimie Bayard, Nadia Benghalem, Camille Chollet, David Finnich

Introduction

Il y a, en Suisse, environ 800 des 80'000 accouchements qui se déroulent à domicile. Mais aucune étude n'apporte, aujourd'hui, de preuves solides des risques ou bénéfiques d'un accouchement planifié à domicile. En termes juridiques, il n'existe pas de législation qui l'encadre précisément. Par conséquent, en cas de complications médicales, qui est concerné et qui prend les décisions?

Méthode

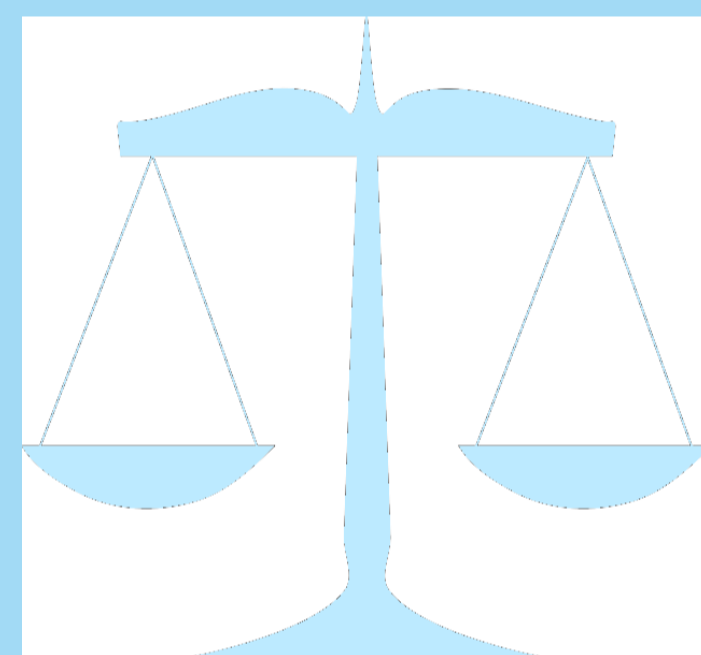
Objectifs : identifier les acteurs qui interviennent dans la décision d'accoucher à domicile, décrire la législation qui encadre cette dernière, décrire et analyser les opinions d'acteurs médicaux et non médicaux sur l'accouchement à domicile en situation de complication médicale et confronter les opinions, la législation et la réalité.

Méthode : entretiens semi-structurés avec un gynécologue, des SFs¹, une femme ayant donné naissance à domicile, une éthicienne, une juriste et un professeur de droit.

Résultats



Il est nécessaire qu'il y ait une discussion avant l'accouchement. Cette dernière doit avoir lieu entre la mère, le père et la SF. Ce « cercle décisionnel » se met d'accord oralement sur le cadre de l'accouchement. Il existe d'autres acteurs plus secondaires.



Juridiquement, c'est à la mère seule de prendre les décisions autour de son accouchement. Dans ce cadre, le père n'a aucun pouvoir et peut même représenter un obstacle à l'expression libre du choix de la mère.



Les opinions divergent sur la définition de « complication médicale ». De cela découle une prise en charge différente selon les milieux (libéral ou hospitalier). Les facteurs pris en compte pour cette décision sont les risques et bénéfices d'un transfert, la distance de l'hôpital et l'expérience de la SF.

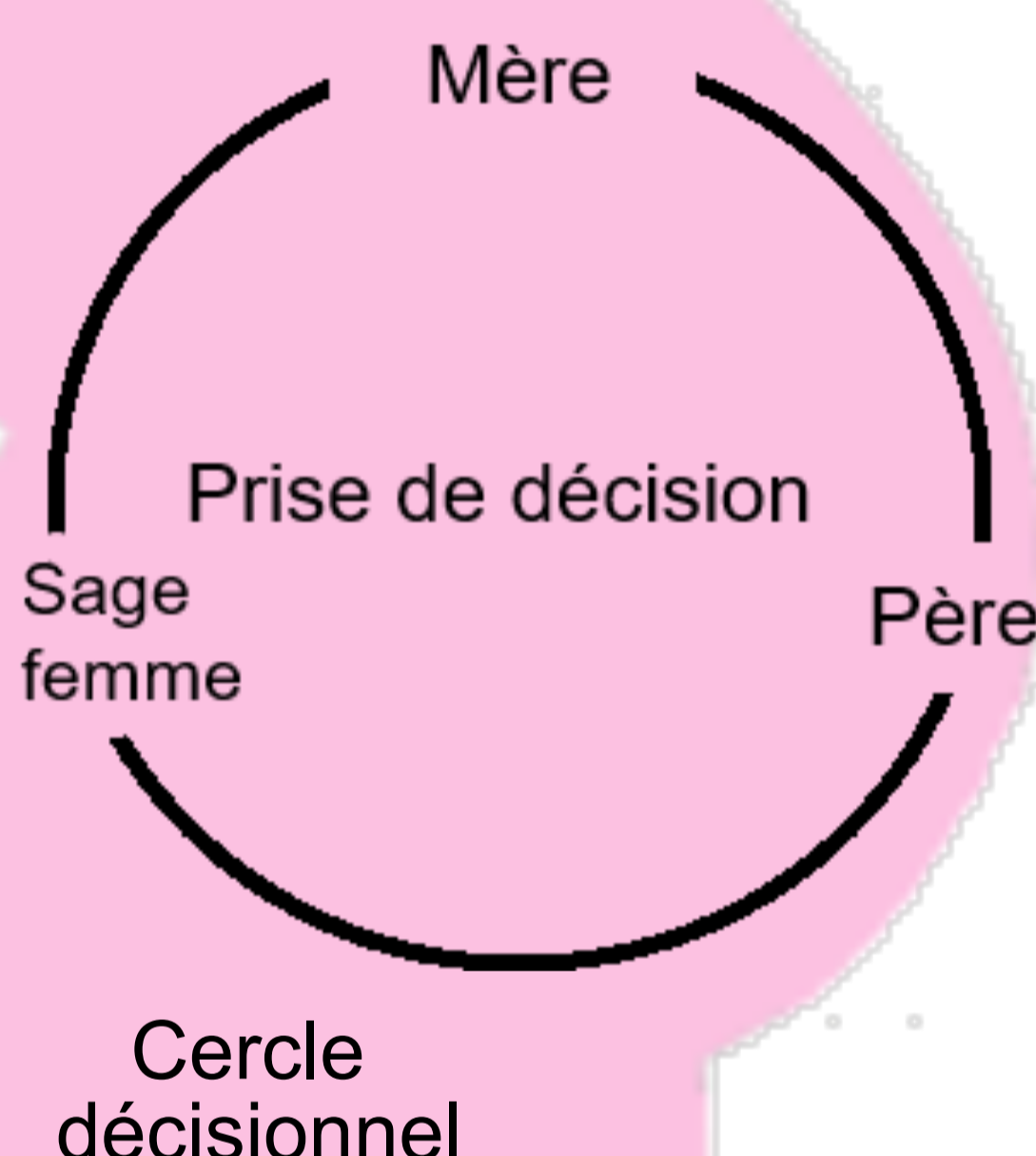
Une patiente en bonne santé habituelle veut accoucher de son troisième enfant à domicile. Lors de l'accouchement, le bébé se présente en siège, que faites-vous?

Sage-femme hospitalière

Transfert à l'hôpital

Sage-femme libérale expérimentée

Continue l'accouchement sans prévenir la patiente



Discussion



Les opinions divergent entre acteurs du monde hospitalier et du monde extrahospitalier. Ceci s'explique par de représentations de l'accouchement à domicile différentes. En découle une mécompréhension mutuelle et l'apparition de préjugés. La collaboration entre les deux mondes est alors perturbée.

Il y a une réelle insuffisance dans le soutien qui peut être apporté à une SF libérale en situation d'urgence. En résulte la nécessité pour la patiente de s'adapter au système de santé et non l'inverse.

Ni le décisionnaire, ni la prise en charge qui en découle dans la réalité ne sont déterminés par la complication médicale. Les enjeux de la question de recherche en sont modifiés. Il convient donc de s'intéresser à la collaboration entre les professionnels hospitaliers et libéraux ainsi qu'aux autres facteurs qui influencent le choix de l'accouchement à domicile.

Et demain?

Briser les préjugés, réguler les écarts de conduite, promouvoir un réseau entre sages-femmes libérales et hôpitaux, améliorer l'organisation de la prise en charge et du transfert.

¹SF = sage-femme

Références

Zeynep Ersan Berdoz. Accouchement à domicile : entre crainte et méconnaissance. Sage-femme.ch. 2004 Dec (11):28-29
 Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Nov 25 (11)
 Manaï Dominique. Droits du patient face à la biomédecine. 2^{ème} éd. Bern : Stämpfli ; 2013. p. 34-35, 50, 54, 348-50.

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes qui ont pris le temps de répondre à nos questions. Un tout grand merci au Dr. Jacques Baudat, tuteur de notre travail, ainsi qu'à la direction du module « Immersion communautaire ».

Contact

nadia.benghalem@unil.ch