



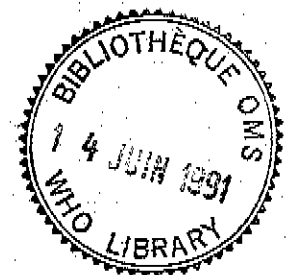
OMS

BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE

35752
EUR/ICP/MCH 126
5118B
ORIGINAL : ANGLAIS
NON EDITE

NAISSANCE A DOMICILE PROGRAMMEE DANS LES PAYS INDUSTRIALISES

par le
Dr Michel Odent



SCHERFIGSVEJ 8
DK-2100 COPENHAGUE Ø
DANEMARK

TEL : (45) 31 29 01 11
TELEFAX : (45) 31 18 11 20
TELEX : 15348

1991

EUR/Santé pour tous, but 7

Ce document présente les résultats d'une étude faite au Bureau régional de l'OMS par le Dr Michel Odent pour promouvoir les activités visant à atteindre le but suivant de la stratégie de la Santé pour tous^a.

BUT 7

MORTALITE INFANTILE

D'ici l'an 2000, la mortalité infantile devrait être réduite à moins de 20 pour 1000 naissances vivantes dans la Région.

Termes clés

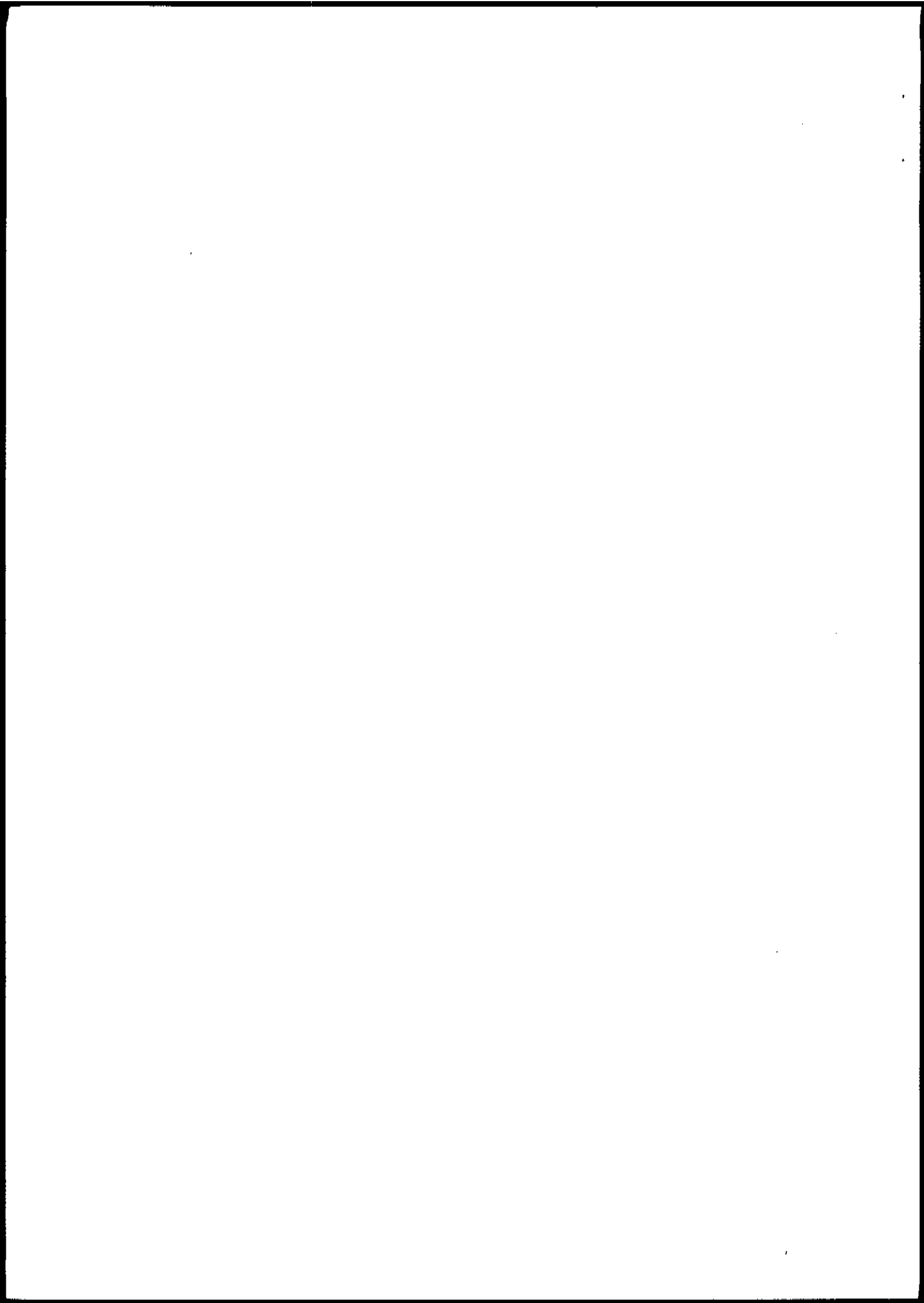
HOME CHILDBIRTH	MALTA
OBSTETRICS	NETHERLANDS
EVALUATION	NEW ZEALAND
DEVELOPED COUNTRIES	NORWAY
AUSTRALIA	POLAND
AUSTRIA	SPAIN
BELGIUM	SWEDEN
CANADA	UNITED KINGDOM
DENMARK	UNITED STATES
FINLAND	
FRANCE	
GERMANY, FEDERAL REPUBLIC OF	
GREECE	
ISRAEL	
ITALY	

Tous les droits relatifs à ce document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il peut cependant être commenté, résumé, reproduit ou traduit sans autorisation, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un usage lié directement ou indirectement à des fins commerciales. Les vues exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que la responsabilité de ces derniers.

^a Les buts de la Santé pour tous. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1985 (Série européenne de la Santé pour tous, N°1).

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
Introduction	v
Durée de l'enquête	1
Méthodes	1
Première méthode d'enquête	1
Seconde méthode d'enquête	4
Conclusions	5
Conclusion I	5
Conclusion II	7
Conclusion III	8
Conclusion IV	8
Recommandations et suggestions	9
Références	10

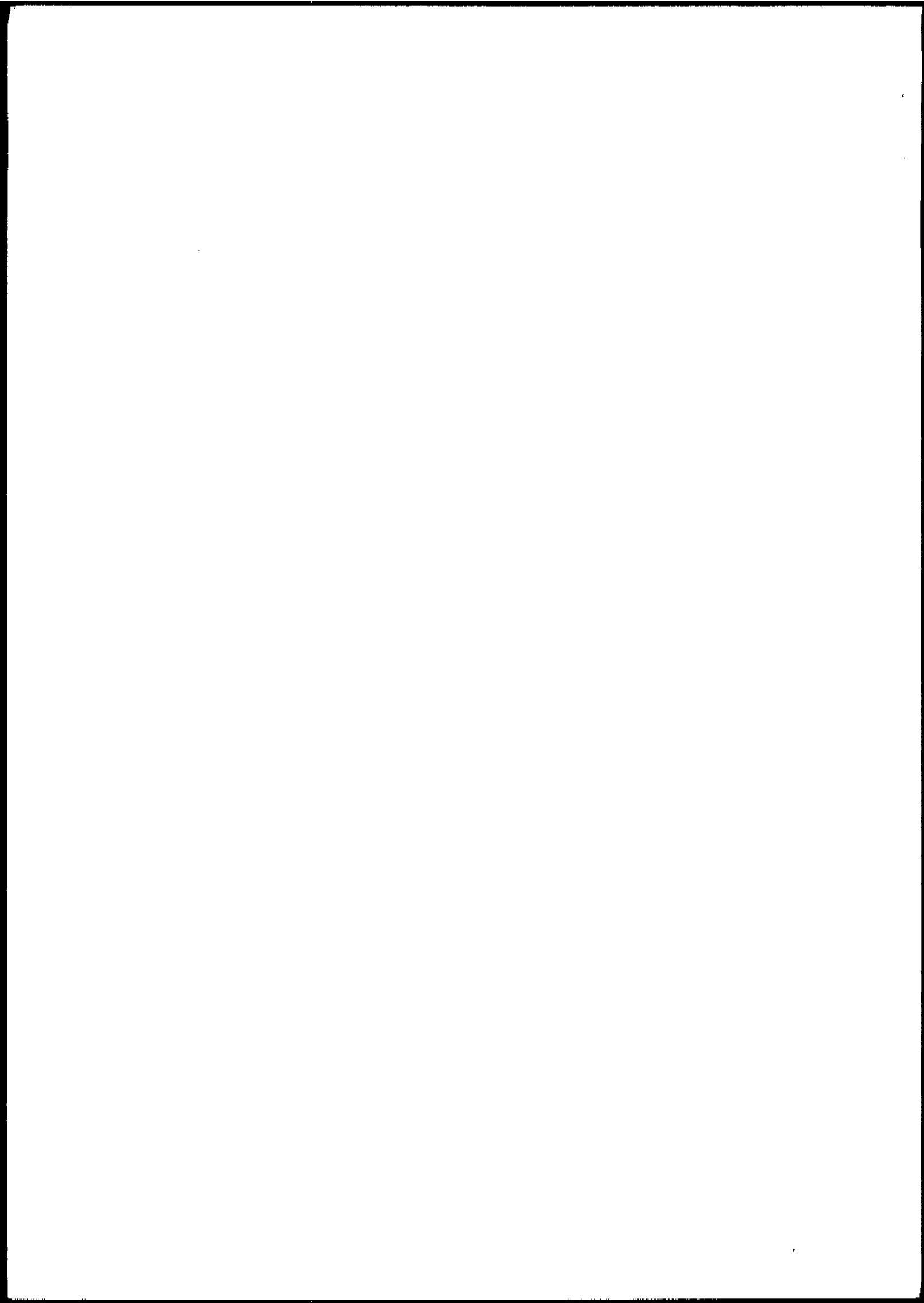


INTRODUCTION

Le lieu de naissance est une question toujours en suspens. Dans un livre publié par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et intitulé La maternité en Europe, il est dit que les discussions à propos de la naissance à domicile déclenchent plus de passions qu'elles n'apportent de lumières. Parce qu'il est difficile d'obtenir des données quantitatives sur la naissance à domicile programmée, et parce que la naissance est un événement éminemment social, plus facilement appréhendé par une approche qualitative, nous avons demandé au Dr Michel Odent, en tant que praticien ayant une vaste expérience à la fois de la naissance à l'hôpital et de la naissance à domicile, de préparer à notre intention un rapport sur la naissance à domicile programmée reposant sur sa propre expérience.

Bien que les conclusions de ce rapport soient celles du Dr Odent, et ne représentent pas la position officielle de l'OMS, elles ne sont pas en désaccord avec les recommandations de l'OMS exprimées dans La maternité en Europe, et les rapports résumés des conférences de l'OMS tenues à Fortaleza (Brésil) du 22 au 26 avril 1985, et à Trieste (Italie) du 7 au 11 octobre 1986 (conférences sur l'utilisation d'une technologie appropriée en obstétrique).

Marsden G. Wagner
Fonctionnaire régional
pour la santé maternelle et
infantile



Durée de l'enquête : cinq ans, de janvier 1986 à décembre 1990.

Compétences de l'enquêteur : responsable du service de maternité dans un hôpital public français (Pithiviers) de 1962 à 1985. Dans cet hôpital, une grande importance a été accordée aux facteurs d'environnement dans la période périnatale ("amener la maison à l'hôpital"). L'évolution de l'obstétrique à Pithiviers a été étudiée à plusieurs reprises dans la littérature médicale (1, 2).

METHODES

Deux groupes de méthodes ont été associés.

Première méthode d'enquête

Rencontres avec des sages-femmes, des médecins, des éducatrices de la naissance, des parents, des étudiants en médecine dans différentes parties du monde.

Il convient d'emblée d'établir une distinction entre la situation aux Pays-Bas, où le taux de naissances à domicile a toujours été supérieur à 30%, et ce qui se passe dans le reste du monde industrialisé, où le taux de naissance à domicile est inférieur à 2%. Je me suis rendu à plusieurs reprises aux Pays-Bas et ai rencontré de nombreux sages-femmes et médecins hollandais.

Pays européens

- Royaume-Uni* Nombreuses rencontres avec des sages-femmes communautaires et des médecins généralistes impliqués dans la naissance à domicile dans le cadre du National Health Service (NHS); avec des sages-femmes indépendantes, des éducatrices de la naissance, des groupes d'usagers, des élèves sages-femmes et des étudiants en médecine.
- France* Nombreuses rencontres avec des groupes de naissance à domicile, en particulier à Paris, Toulouse, Millau, Marmande, Angers et Périgueux.
- Espagne* Rencontres avec des groupes de naissance à domicile à Valence et Saint Sébastien; participation aux "Jornadas mediterraneas de embarazo y parto" (Valence, 3-5 février 1985) et aux "III Jornadas nacionales y intercionales para matronas" (Alicante, 23-24 novembre 1990).
- Italie* Rencontres avec des sages-femmes ayant l'expérience de naissance à la maison dans 19 villes différentes. Contacts privilégiés avec les groupes de Modène et Catane. Vingt-deux groupes de sages-femmes se partagent moins de 1000 naissances à domicile par an.
- Malte* Contacts avec les groupes locaux lors de l'inauguration du "St James Natural Birth Center" (juin 1988).

- Suisse* Rencontre avec des sages-femmes, des médecins et des groupes d'usagers dans les districts de Genève, Lausanne et Zurich.
- Allemagne* Rencontre avec des sages-femmes assistant à des naissances à domicile et des éducatrices de la naissance, en particulier à Munich, Berlin et Ratisbonne.
- Autriche* Rencontres à Vienne avec professionnels et parents.
- Grèce* Séjour à Thessalonique et rencontre avec différents professionnels.
- Belgique* Participation à un débat public à l'Université de Liège (16-17 mars 1987). Le programme de cette rencontre comportait une présentation du Dr Gisela De Ridder sur la "Naissance à domicile en Belgique". Contact avec le groupe Aquarius d'Ostende.
- Danemark* Contacts avec des sages-femmes assistant à des naissances à domicile.
- Norvège* Plusieurs rencontres à Oslo et Tonsberg avec sages-femmes et autres professionnels. Rencontres également avec des sages-femmes isolées impliquées dans la naissance à domicile.
- Suède* Une journée à Uppsala avec le groupe de naissance à domicile de Stockholm/Uppsala. Quelques rencontres avec des sages-femmes impliquées dans la naissance à domicile à Göteborg.
- Pologne* Une semaine partagée entre Varsovie et Poznan, avec au programme des conférences dans les écoles de sages-femmes.
- Finlande* Contacts rendus possible par Leena Valvane, présidente de l'Association finlandaise de sages-femmes.

Etats-Unis d'Amérique

J'ai eu de nombreux contacts lors de la participation à des conférences organisées par La Leche League International (LLLI), The International Childbirth Education Association (ICEA), The National Organisation of Parents and Professionals for Safe Alternatives in Childbirth (NAPSAC), The Cesarean Prevention Movement (CPM), The Pre- and Perinatal Psychology Association of North America (PPPANA), The Midwifery Alliance of North America (MANA), et le magazine "Birth".

J'ai également assisté à des réunions informelles, organisées par Doris Haire, présidente de The American Foundation for Maternal and Child Health (New York).

Enfin, j'ai rencontré des groupes de naissances à domicile, des sages-femmes, des éducatrices de la naissance et des parents dans plusieurs Etats américains :

- Alaska* Rencontre annuelle de l'Association des sages-femmes d'Alaska (Fairbanks, juillet 1987).

Hawaii Rencontre avec le groupe de Maui.

Arizona Plusieurs visites à Phoenix, Tucson, Bisbee. Conseiller de l'école de sages-femmes de l'Arizona du Nord.

Californie Séjour dans les principales villes, et en particulier Santa Barbara, où pratique une sage-femme qui avait complété autrefois sa formation à l'hôpital de Pithiviers.

Idaho Rencontre annuelle de l'Association des sages-femmes d'Idaho (Bonners Ferry en 1987).

Illinois (Chicago), Maine (Portland), Washington DC, Massachusetts (Région de Boston, Leominster, Amherst), Minnesota (Minneapolis), Missouri (St-Louis), Montana (Missoula), New Jersey (CPM of New Jersey), New York (New York City, Rochester, Syracuse, Scarsdale, Long Island), New Mexico (Albuquerque), Caroline du Nord (rencontre à Charlotte avec la seule sage-femme légale de l'Etat), Dakota du Nord (contact privilégié avec la Midwifery alliance of North Dakota et séjours à Bismark, Minot, Fargo, Grand Forks), Ohio (Cleveland), Oregon (Portland), Pennsylvanie (Philadelphie), Tennessee (Knoxville), Texas (Dallas, Houston, contacts privilégiés avec les sages-femmes d'Austin), Washington (conseiller de l'Ecole de sages-femmes de Seattle), Wisconsin (séjour de 2 jours à La Crosse).

Canada

Rencontre avec les groupes de naissance à domicile de Québec, Montréal, Toronto, Winnipeg, Regina, Calgary, Vancouver, Victoria. A Montréal, j'ai été cité comme expert à propos d'un cas de mort néonatale survenue après une naissance à domicile assistée par une sage-femme "empirique".

Israël

Etablissement de contacts avec des groupes locaux, à l'occasion de "The International Conference on Childbearing and Perinatal Care" (Jérusalem, mars 1987).

Australie

Rencontres avec des sages-femmes impliquées dans la naissance à domicile, des médecins, des éducatrices de la naissance, des parents, des étudiants, en Nouvelle-Galles du Sud (Sydney, Canberra, Wagga Wagga, Tamworth, Lismore, Dubbo); Etat de Victoria (Melbourne); Tasmanie (Launceston); Queensland (Brisbane et différentes localités de la Sunshine coast); les territoires du Nord (Darwin); l'Australie-Méridionale (Adélaïde); l'Australie-Occidentale (Perth, Bunbury).

Nouvelle-Zélande

Rencontres avec des sages-femmes impliquées dans la naissance à domicile, des médecins, des éducatrices de la naissance, des parents à Auckland, Tauranga, Wellington, Dunedin et Christchurch.

A tous ces séjours dans différents pays, il faut ajouter des rencontres avec des représentants d'Amérique latine, des Indes, du Japon et de Hongrie, à l'occasion de la Première Conférence internationale sur la naissance à domicile (Wembley, Londres, octobre 1987).

Seconde méthode d'enquête

J'ai moi-même assisté à des naissances à domicile, dans le secteur de Londres (Royaume-Uni), c'est-à-dire dans un pays où le taux de naissances à domicile (1%) est proche du taux concernant l'ensemble du monde industrialisé. Toutes les naissances auxquelles j'ai assisté ont eu lieu à moins de 30 minutes d'un hôpital (situation type pour la majorité des femmes du monde industrialisé). Lorsque j'assiste à une naissance à domicile, je suis la seule personne expérimentée dans la maison. Durant la période d'enquête, j'ai été appelé pour cent naissances.

Dans 95 cas, je n'ai pas refusé à l'avance un essai de travail à la maison, partant du principe que le premier stade de l'accouchement est le meilleur moment pour faire la sélection. Bien souvent, je n'ai vu la femme enceinte qu'une seule fois avant l'accouchement : ou bien il s'agissait de décisions de dernière heure, ou bien d'autres professionnels de la naissance avaient refusé de venir pour des raisons médicales, etc.

En ce qui concerne les 84 accouchements qui ont eu lieu finalement à la maison, 36 mères étaient des primipares (dans ce groupe une présentation par le siège et trois femmes âgées d'environ 40 ans); trois femmes avaient eu une césarienne antérieure, une femme avait subi une myomectomie pour fibrome, et une femme avait eu une hémorragie post-partum et une délivrance artificielle à la suite d'un accouchement antérieur dans un hôpital. Neuf femmes ont accouché deux fois en ma présence.

Parmi les 84 naissances à domicile, il n'y a pas eu d'épisiotomie, et il n'y a eu qu'une déchirure du second degré. Aucun des bébés n'a été aspiré ou ventilé; il n'y a pas eu d'hémorragie post-partum.

Cinq fois j'ai refusé un essai de travail à la maison : une fois j'ai été appelé en même temps pour deux naissances; une fois j'ai conseillé à la mère d'aller à l'hôpital, en me fiant à des informations données par téléphone (saignement au milieu de la nuit, en un lieu éloigné, alors que j'assistais à une naissance à la maison); l'issue a été un accouchement normal; il y a eu un cas de présentation transverse, où l'indication de césarienne était indiscutable; une fois j'ai refusé le principe d'une naissance à la maison six jours après rupture prématurée des membranes (le bébé est né normalement à l'hôpital); une fois j'ai refusé le principe de naissance à la maison trois semaines après la date officielle du terme (mais là encore, le bébé est né normalement dans un hôpital).

Le conseil de continuer l'accouchement à l'hôpital n'a jamais été donné à cause de l'apparition d'une complication caractérisée. Une fois une césarienne a été accomplie peu après l'arrivée à l'hôpital (signe de souffrance foetale pendant la première phase).

Les mères et les nouveau-nés ont reçu la visite des sages-femmes communautaires du NHS après notification de la naissance aux autorités sanitaires. Deux nouveau-nés ont été envoyés à l'hôpital par les sages-femmes quelques jours après la naissance, pour ictère bénin. Un nouveau-né post-mature né après un travail rapide (secondipare) a été transféré dans un service de pédiatrie au cours de la première semaine après l'apparition de difficultés digestives. Le diagnostic de forme légère d'entérocolite nécrosante a été évoqué et la récupération a été rapide en quelques jours.

CONCLUSIONS

Des conclusions peuvent être tirées de la combinaison de nos deux méthodes d'enquête.

Conclusion I

L'approche statistique n'a que des possibilités limitées dans la situation actuelle (les Pays-Bas mis à part), pour évaluer les avantages potentiels de la naissance à la maison dans les pays industrialisés.

A Il est impossible de tirer des conclusions générales d'un petit groupe auto-sélectionné. A l'intérieur de ce petit groupe, les motivations ne sont pas uniformes, et ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population (confiance en soi exceptionnelle, phobie exceptionnelle des hôpitaux ou évaluation rationnelle des risques et bénéfiques, etc.).

B Les statistiques ne peuvent pas facilement prendre en considération les effets des croyances dominantes actuelles concernant la naissance. Les croyances dominantes en ce qui concerne la naissance à domicile sont identiques dans tous les pays industrialisés (les Pays-Bas mis à part) et faciles à résumer : "La naissance à la maison est dangereuse". Cette croyance est partagée par beaucoup de sages-femmes européennes éduquées dans les hôpitaux, par beaucoup de "nurse midwives" américaines, par la majorité du grand public, par beaucoup de femmes qui ont fait carrière dans le journalisme et encore plus par les étudiants en médecine et les médecins en exercice.

Partout dans le monde, lorsqu'une femme enceinte parle de naissance à domicile à son médecin (généraliste ou spécialiste), la réaction la plus fréquente est : "C'est un retour au passé. Que ferez-vous si ... ?"

Beaucoup de médecins n'hésitent pas à renforcer la peur de l'accouchement sans tenir compte du fait que la peur est l'obstacle principal à une naissance facile. De plus, dans la mesure où la naissance à domicile est un phénomène marginal, beaucoup d'accompagnatrices de la naissance se sentent particulièrement vulnérables sur le plan médico-légal. Cette situation déclenche une autre forme de peur, dont l'effet est difficile à évaluer sur le plan statistique.

Les attitudes médicales actuelles sont fortement enracinées. La plupart des étudiants en médecine que j'ai rencontrés n'avaient jamais pensé que l'environnement pourrait influencer les processus physiologiques dans la période périnatale, et que les facteurs d'environnement pourraient être pris en considération. Très peu de médecins évoquent la naissance dans un lieu familial et dans l'intimité comme une façon d'éviter les complications, et très peu de médecins se sont penchés sur les statistiques du seul pays occidental où la naissance à domicile à proximité d'un hôpital est chose fréquente - les Pays-Bas.

Très peu de médecins font remarquer qu'un nouveau-né partage les anticorps (IGg) de sa mère et qu'il est donc tout particulièrement adapté aux micro-organismes domestiques.

Les croyances actuelles concernant la naissance à domicile peuvent aussi être renforcées par les médias. Un cas de mort-né en France a été rapporté dans le monde entier et des conclusions ont été tirées sans aucune référence statistique.

C Il est difficile d'évaluer par des méthodes statistiques les effets de l'atmosphère de conflit qui entoure la naissance à la maison. Dans certains pays, il ne s'agit là que d'un aspect du conflit entre l'obstétrique et l'art du métier de sage-femme. Le conflit est plus ouvert dans les pays où les obstétriciens sont plus nombreux que les sages-femmes (Canada, Etats-Unis, Brésil, Italie).

D Les critères de sélection diffèrent considérablement d'un professionnel à l'autre : depuis celle qui n'accepte que les femmes ayant déjà accouché normalement, jusqu'à celles qui acceptent presque tout le monde.

Malgré toutes ces difficultés, il y a eu de nombreuses tentatives pour exprimer en langage statistique les conséquences de la naissance à domicile dans le monde industrialisé.

Au Royaume-Uni, Marjorie Tew a découvert le sujet en 1975, alors qu'elle enseignait l'épidémiologie aux étudiants en médecine de Nottingham. Alors qu'elle faisait des "exercices d'épidémiologie", elle découvrit par hasard que l'hypothèse, largement acceptée, selon laquelle la généralisation de l'hospitalisation était la cause de l'abaissement des taux de mortalités périnatale et maternelle ne reposait sur aucune base statistique (3-5).

En France, l'équipe de Millau a présenté ses propres statistiques en 1986 (300 naissances) dans une zone rurale peu représentative de la société urbanisée. D'autres documents ont été présentés par des groupes de sages-femmes et de médecins généralistes qui avaient compris que les statistiques concernant un seul professionnel sont trop petites pour être significatives (exemple Toronto).

Des études statistiques ont été menées dans plusieurs Etats américains (6-9).

Un rapport sur la mortalité néonatale à propos de 3067 naissances à domicile (10) programmées dans le Missouri démontra que l'excès de mortalité concernant les naissances à domicile programmées était presque entièrement le fait d'accompagnatrices de la naissance peu expérimentées. Il s'agit là de la principale conclusion partagée par tous les praticiens qui surveillent l'évolution de leurs propres résultats : les statistiques tendent à s'améliorer

en fonction de leur expérience (les statistiques de Millau en 1986, avec 300 naissances, étaient meilleures que celles de 1984 avec 180 naissances).

Il ne faut pas perdre de vue que les accompagnatrices de la naissance très expérimentées du tiers monde (par exemple Malawi) ont des résultats qui seraient acceptables dans le monde industrialisé (11, 12), où, dans la mesure où la naissance à la maison reste un phénomène marginal, beaucoup d'accompagnatrices de la naissance manquent d'expérience. A l'inverse, le manque d'expérience contribue à rendre difficile toute étude statistique cherchant à évaluer les potentialités de la naissance à la maison.

Conclusion II

Quelques erreurs semblent fréquentes partout dans le monde, dans le contexte d'une société urbanisée (naissance à domicile à proximité d'un hôpital).

- A La faute la plus commune est d'accepter une naissance à la maison après une première phase longue et difficile; en d'autres termes, la première phase du travail devrait être considérée comme le meilleur moment pour sélectionner les femmes qui peuvent accoucher à la maison. A la suite de conversations informelles avec des centaines d'accompagnatrices de la naissance, il apparaît que la plupart des complications (nouveau-né qu'il faut réanimer, hémorragie post-partum, etc.), sont précédées d'une phase de dilatation longue et difficile. D'une part, un transfert pendant l'accouchement ne s'accompagne pas de risques particuliers. Cela a été démontré aux Pays-Bas à travers la "Wormerver Study" : la mortalité périnatale après transfert pendant l'accouchement n'était pas différente du taux national à la même époque (11 pour 1000) (13). D'autre part, si la phase de dilatation est considérée comme le moment le meilleur pour faire la sélection, un nombre plus petit de femmes enceintes auront à porter l'étiquette de "haut risque" pendant plusieurs mois de grossesse, cette étiquette étant par elle-même une cause d'anxiété pleine de danger. Dans la Wormerver Study, le transfert de sage-femme à obstétricien pendant la grossesse allait de pair avec un taux de mortalité périnatale très élevé (51 pour 1000).
- B Une deuxième erreur commune parmi les accompagnatrices de naissance à la maison est de sous-estimer l'importance de l'intimité pendant l'accouchement. Il est habituel dans les milieux concernés par la naissance à domicile de mettre l'accent sur le besoin d'aide, d'accompagnement émotionnel, d'assistance, etc. Le mot "intimité" ne vient que très loin sur la liste. Des amis sont invités à participer à une naissance à la maison. Cette attitude est à l'encontre de la notion de "naissance naturelle". Parmi tous les mammifères, une "naissance naturelle" est une naissance dans l'intimité.
- C Une troisième erreur fréquente est d'introduire des règles établies par des professionnels qui n'ont aucune expérience de la naissance à domicile. Par exemple, des sages-femmes exerçant au sein de différents types de systèmes de santé doivent répéter un certain nombre de touchers vaginaux et évaluer les progrès de la dilatation sur un graphique. En fait, les sages-femmes qui savent dépasser ce qu'elles ont appris à l'hôpital, et qui ont une bonne expérience de la naissance à domicile dans l'intimité complète, n'ont pas besoin de perturber la femme en travail par de nombreux examens vaginaux. Elles peuvent facilement évaluer l'évolution du travail par le bruit que fait la parturiente, par sa façon de respirer, sa position, etc.

On pourrait aussi donner l'exemple de la consigne qui oblige les sages-femmes communautaires de certains secteurs sanitaires britanniques à toujours assister à des naissances à domicile en compagnie d'une collègue. Cette consigne est inspirée par la pratique de l'obstétrique dans le cadre d'une équipe médicale. La pratique de l'art du métier de sage-femme est une expérience solitaire. Il est néfaste d'introduire une deuxième personne, alors que le principal rôle de la sage-femme est d'évaluer de temps à autre le rythme du coeur du bébé, ou de déceler à temps une indication de transfert à l'hôpital.

Non seulement c'est souvent une erreur de suivre des règles établies par des équipes hospitalières, mais ce serait aussi une erreur d'utiliser les conclusions d'études conduites dans un autre environnement. Par exemple, ce qu'on appelle dans un hôpital universitaire une "troisième phase physiologique" a peu de point commun avec ce que cela peut être dans un lieu familial et dans l'intimité complète (petite salle sombre bien chauffée; pas d'observateurs; pas de suggestions; rien qui ne puisse entraver le contact de peau à peau et le croisement des regards entre la mère et son bébé pendant la première heure qui suit la naissance, etc.).

Conclusion III

Egalement pour des raisons financières, la naissance à la maison n'est pas en pratique une véritable option dans les pays développés. Les obstacles économiques ne sont pas partout de la même nature. Par exemple, au Royaume-Uni, les candidates à un accouchement à domicile veulent souvent connaître à l'avance la personne qui sera présente pour la naissance. Elles préfèrent donc payer une sage-femme indépendante, bien que la médecine soit gratuite dans le cadre du NHS. En France, les sages-femmes libérales ont des difficultés à survivre. La Sécurité sociale rembourse sur la base d'un forfait accouchement qui est actuellement de 830 Fr. (y compris les visites post-natales !).

Conclusion IV

Le développement de la naissance à domicile à une grande échelle sera plus facile dans les pays où le nombre de sages-femmes dépasse largement celui des obstétriciens. A la suite de conversations avec des sages-femmes scandinaves, il est apparu que des réseaux de naissance à domicile seraient facilement adaptés à des villes comme Stockholm ou Göteborg, bien que le taux de naissance à la maison soit actuellement inférieur à 1% en Suède.

Au Royaume-Uni, le développement de la naissance à domicile devrait être facilité par l'émulation entre les sages-femmes communautaires, qui pratiquent dans le cadre du NHS, et les sages-femmes indépendantes. A l'opposé, tout semble plus difficile dans un pays comme le Canada (où la formation des sages-femmes n'en est qu'au stade de projet), ou l'Espagne (où il n'y a pas eu de formation de sages-femmes au cours de ces cinq dernières années).

RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS

1. Puisque le principal obstacle à l'adaptation de la naissance à domicile à la société moderne se situe dans le domaine des croyances, la priorité est de s'attaquer à l'idée universellement répandue selon laquelle la naissance à domicile est dangereuse et n'est qu'un retour au passé. Les meilleurs outils pour remettre en cause les croyances actuelles sont les statistiques des Pays-Bas (14). Mais ces statistiques doivent être simplifiées et résumées pour être démonstratives. Par exemple, "les Pays-Bas sont le seul pays industrialisé où un tiers des naissances ont lieu à la maison. Les Pays-Bas sont aussi le seul pays où il est possible de concilier un taux de mortalité périnatale inférieur à 10 pour 1000, un taux de mortalité maternelle inférieur à 1 pour 10 000, et un taux de césarienne de l'ordre de 6%.
2. Alors que d'une part il n'y a pas de raisons sérieuses de décourager le développement de la naissance à domicile à proximité d'un hôpital moderne, d'autre part un excès d'organisation des réseaux de naissance à domicile pourrait avoir des effets négatifs. La plupart des femmes qui veulent accoucher à la maison veulent connaître à l'avance celle qui sera présente. L'art de la sage-femme ne peut pas être systématisé comme l'obstétrique.
3. Dans une perspective à long terme, il serait bénéfique d'essayer de contrôler le rapport entre nombre de sages-femmes et nombre d'obstétriciens, et d'introduire la notion de "quota" pour contrôler ce rapport. Des pays tels que les Pays-Bas ou la Suède pourraient servir de référence. Dans ces pays, le taux de césarienne et autres interventions a été relativement stable au cours de ces douze dernières années (15).
4. L'environnement, en tant que facteur pouvant influencer la parturition humaine et les processus physiologiques dans la période périnatale, est un sujet qu'il conviendrait d'introduire dans le programme des études médicales. Cela conduirait les étudiants et leurs enseignants à soulever de nouvelles questions et cela remettrait en cause les croyances dominantes.

REFERENCES

1. Gillett, J. Childbirth in Pithiviers, France. Lancet : 894-896 (1979).
2. Odent, M. Birth Under Water. Lancet : 1476-1477 (1983).
3. Tew, M. Effects of scientific obstetrics on perinatal mortality. Health Soc. Serv. J., 91 : 444-446 (1981).
4. Tew, M. Place of birth and perinatal mortality. J. R. Coll. Gen. Pract., 35 : 390-394 (1985).
5. Tew, M. Do obstetric intranatal interventions make birth safer? Br. J. Obst. Gyn. : 93 : 659-674 (1986).
6. Burnett, C.A., Jones, J.A. & Rook, J. Home Delivery and neonatal mortality in North Carolina. JAMA, 244 : 2741-2745 (1980).
7. Hinds, M.W., Bergeisen, G.H. & Allen, D.T. Neonatal outcome in planned vs. unplanned out-of-hospital births in Kentucky. JAMA, 253 : 1578-1582 (1985).
8. Sky, K.K. et al. Out-of-Hospital delivery in Washington state 1975 to 1977. Am. J. Obst. Gynaecol., 137 : 547-557 (1980).
9. Sullivan, D.A. & Beeman, R. Four years experience with home birth by licensed midwives in Arizona. Am. J. Public Health, 73 : 641-645 (1983).
10. Shramm, W.F. et al. Neonatal mortality in Missouri home births. Am. J. of Public Health, 77, no. 8 (1987).
11. Bullough, C.H.W., Msuku, R.S. & Karoude, L. Early sucking and post-partum haemorrhage trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet : 522-525 (1989).
12. Odent, M. In praise of the traditional birth attendant. Lancet : 862-863 (1989).
13. Van alten, D., Eskes, M. & Treffers, P.E. Midwifery in the Netherlands, The Wormerver Study. Br. J. Obst. Gyn., 96 : 656-662 (1989).
14. Centraal Bureau voor de Statistiek (1987). Birth by obstetric assistance and place of delivery. Monthly Bull. Popul. Health Stat., 11, 22-23 (1986).
15. Notzon, F.C. International differences in the use of obstetric interventions. JAMA, 263, no. 24 : 3286-3291 (1990).