

Faire de la naissance normale une réalité

Déclaration consensuelle du groupe de travail sur les soins liés à la maternité

(Consensus statement from the Maternity Care Working Party)

nos points de vue partagés sur le besoin de reconnaître, faciliter et évaluer la naissance normale



Traduction Paula Meyer CIANE, AFAR, Association « bébé fenua »

Avant propos

Cette déclaration consensuelle a été développée par les membres du groupe de travail sur les soins liés à la maternité (Maternity Care Working Party -MCWP-) à l'attention :

- des gestionnaires, membres des comités et soignants intervenant lors de la maternité,
- des enseignants et étudiants des écoles de sage-femme, de médecine, d'éducation de santé publique, et
- des représentants des usagers du système de soin de la maternité.

Le MCWP veut encourager une vision positive de la naissance normale. La déclaration appelle une définition standard du travail et de l'accouchement normal afin que les taux de naissances normales puissent être évalués et comparés avec fiabilité. Le Centre d'Information (Information Center) en Angleterre a adopté une mesure pour le travail et la naissance normale appelée « délivrance normale ». Compte tenu du fait que les systèmes de soins sont différents selon les quatre pays du Royaume Uni, nous reconnaissons que les départements de santé de l'Ecosse, du pays de Galles et de l'Irlande du Nord auront besoin d'estimer si cela leur convient.

Merci de nous faire savoir dans quelle mesure cette déclaration vous est utile. Vous trouverez nos coordonnées au dos du document.

Gail Werkmeister,

NCT President and Chair of the Maternity Care Working Party

Le groupe de travail sur les soins liés à la maternité

Le groupe de travail sur les soins liés à la maternité est une entité indépendante, multidisciplinaire qui ouvre pour l'amélioration des soins de la maternité. Il a été créé afin d'augmenter la prise de conscience des implications sanitaires du nombre croissant des césariennes. Il souligne les besoins sanitaires et sociaux des femmes et de leurs familles et l'amélioration de la santé publique, assurant que les bébés ont le meilleur départ possible dans la vie, grâce à des soins liés à la maternité centrés sur la femme.

Font partie des membres qui soutiennent la déclaration consensuelle :

The Royal College of Midwives
The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
The National Childbirth Trust
Nursing and Midwifery Council
RCM Consultant Midwives Forum
The Association for Improvements in Maternity Services (AIMS)
Independent Midwives Association
Association of Radical Midwives
BirthChoiceUK
Susan Bewley, Consultant Obstetrician, Guys & St Thomas' Hospitals NHS Trust
Soo Downe, Professor of Midwifery, University of Central Lancashire

Wendy Savage, retired Consultant Obstetrician
Centre for Research in Midwifery and Childbirth (CeMaC), Thames Valley University
Lesley Page, Visiting Professor in Midwifery, The Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, Kings College, London
Dr Lindsay Smith, general practitioner
Pauline Cooke, consultant midwife, St Mary's NHS Trust
BirthCentre Network UK
Jane Sandall, Professor of Midwifery and Women's Health, King's College, London
Birth Crisis Network
Iolanthe Midwifery Trust

La déclaration consensuelle de la naissance normale

Cette déclaration consensuelle inclue des discussions relatives au pourquoi de l'importance d'une naissance normale, la définition du Centre d'Information (Information Center d'Angleterre) de la « délivrance normale » avec le détail des critères d'inclusion et d'exclusion et des recommandations d'actions pour soutenir une naissance normale. Elle inclue aussi des informations complémentaires sur les politiques gouvernementales, les tendances récentes et les facteurs qui affectent le niveau d'intervention et les taux de naissances normales.

Pourquoi une naissance normale est-elle importante

Lorsque les soins et le soutien sont adéquats la majorité des femmes en bonne santé peut donner naissance avec un minimum d'intervention médicale et la plupart des femmes préfèrent éviter les interventions du moment où leur bébé est en sécurité² et quelles sentent qu'elle peuvent faire face³.

Les membres du groupe de travail sur les soins liés à la maternité sont inquiets de la hausse des taux d'interventions et des grandes variations entre différents services en terme de césariennes planifiées et non planifiées, et de naissances assistées^{4, 2} car ces procédures sont connues pour être associées à une morbidité à la fois physique et psychologique³. Nous souhaitons tous que les mères et les bébés traversent la naissance en bonne santé, préparés aux changements, demandes et à l'évolution affective qui suit.

Les procédures utilisées durant le travail et connues pour augmenter la probabilité d'interventions médicales devraient être évitées lorsque possible

Par exemple, le monitoring fœtal continu durant le travail chez une femme à faible risque est associé à une augmentation des césariennes en urgence mais sans bénéfice de santé à long terme, de même, l'utilisation de la péridurale durant le travail augmente le recours aux forceps ou aux ventouses⁶. Cependant il est important que les besoins et les souhaits des femmes soient respectés et elles devraient pouvoir prendre des décisions informées concernant leurs soins.

“Il est important d'avoir une définition précise de ce qu'est une 'naissance normale' afin de permettre des comparaisons précises pour des femmes similaires utilisant différents services et systèmes de soins.”

Travail et naissance normaux – La définition du Centre d'Information (Information Center d'Angleterre)

Le centre d'information a adopté pour le Service National de Santé (National Health Service -NHS-) une définition pour un travail normal et une naissance normale qu'ils dénomment “délivrance normale”. Elle est fondée sur un ensemble spécifique de statistiques collectées en routine. La définition est la suivante : naissance sans déclenchement, sans recours aux instruments, pas par césarienne et sans anesthésie générale, rachianesthésie, ni péridurale avant ou pendant l'accouchement (plus détail page 3).

Nous voulons que tous les services, comités et syndicats du Service National de Santé (NHS) de tout le Royaume Uni:

- utilisent cette définition, et
- collectent et publient ces statistiques régulièrement.

Recommandations d'actions

Toutes les femmes devraient bénéficier de soutien et d'un environnement satisfaisant durant le travail afin de les aider à se détendre et à se sentir en sécurité. L'objectif devrait être d'utiliser le moins possible d'interventions médicales durant le travail lorsque cela est possible avec le consentement de la personne et sans compromettre la sécurité. Une naissance sans complications rend l'allaitement plus facile, aide la vie famille à partir sur de bonnes bases et protège la santé sur le long terme. Nous avons développé ces recommandations pratiques afin qu'elles soient mises en oeuvre.

Personnel des maternités, membres des comités des maternités, ministère et directions de la santé

- Les maternités devraient mettre en place une stratégie de soutien des femmes, afin qu'elles vivent une expérience positive de la grossesse et de la naissance, et d'augmentation des naissances normales officiellement approuvée par les autorités cliniques de sages-femmes et d'obstétrique.
- Un soutien actif d'une sage femme pour chaque femme durant le travail avec un niveau de personnel aligné sur les recommandations du Collège Royal (Royal Colleges) de 1,0 à 1,4 équivalent plein temps (whole time equivalent WTE) sage-femme par femme en travail selon les cas (case-mix)⁷.
- Les maternités devraient avoir pour objectif réaliste d'augmenter le nombre de naissances normales à 60 % d'ici 2010* en utilisant la définition du Centre d'Information (Information Center).
- Un accès aux préparations anténatales avec une vision positive sur des outils pour gérer la douleur du travail incluant diverses positions actives, l'accès à des piscines de naissance, relaxation, massage, aromathérapie.
- informations fondées sur des preuves (evidence-based information) relatives aux facteurs rendant plus ou moins probable une naissance normale, présentée dans un format compréhensible afin que les femmes puissent planifier le type de naissance qu'elles souhaitent et prendre des décisions informées.
- Choix du lieu de naissance incluant l'accouchement à domicile, maison de naissance dirigée par des sages-femmes, maternité disposant d'équipements médicaux.
- L'opportunité de connaître la sage-femme avant le travail.
- Sage femme et obstétricien dans la salle pour diriger le personnel.
- Des comparaisons de taux de naissances normales devraient être disponibles pour les femmes à faible risque planifiant et débutant le travail selon le type de prise en charge (maison, maison de naissance, centre de naissance, maternité) en utilisant le principe du traitement de première intention.
- Mise en oeuvre des directives du NICE (National Institute for Clinical Excellence) sur le déclenchement du travail, le monitoring foetal, la césarienne, et les soins intra partum (en Angleterre, en Irlande du Nord et au Pays de Galles).

Politique gouvernementale, soutien financier et actions par d'autres agences nationales

- Révision urgente des tarifs du paiement à l'acte en Angleterre pour stopper l'incitation perverse à maintenir des taux d'intervention élevés.
- Soutien actif d'une sage femme pour chaque femme durant le travail avec un niveau de personnel aligné sur les recommandations du Collège Royal (Royal College) de 1,0 à 1,4 équivalent plein temps (whole time equivalent WTE) sage-femme par femme en travail selon les cas (case-mix)⁷.

* NDT : Expression américaine qui décrit les différentes pathologies présentes à un moment donné dans un établissement hospitalier donné. La traduction littérale est : mélange (mix) de cas (case).

* Sur la base des 59 % de naissances normales qu'affichent certaines maternités. Il est reconnu que le mélange des cas (case-mix) affecte les taux de naissances normales et il est nécessaire de réaliser des études afin d'établir les facteurs et d'ajuster les dispositions relatives aux case-mix.

- Programmes d'enseignement, de formation et d'assistance par un mentor afin de développer la confiance des sages femmes à soutenir les femmes qui souhaitent donner naissance sans intervention technologique.
- Publication de statistiques annuelles utilisant la même définition, par les quatre pays du RU.
- Politique visant à augmenter le nombre de naissances normales vers l'objectif réaliste de 60 % d'ici 2010.
- Financement de recherches sur l'incidence du mélange des cas (case-mix) sur les taux de naissances normales et sur les facteurs qui facilitent les naissances normales incluant des travaux interdisciplinaires, les organisations avec des référents, l'environnement, la taille des services et l'organisation et la qualité des soins.

La définition d'une « naissance normale » par le centre d'information (Information Center)

La définition du centre d'information d'une « délivrance normale » est une mesure du déroulement du travail et non des résultats de la naissance.

Les résultats d'une délivrance se déroulant normalement peuvent être comparés avec d'autres types de naissances tels que « délivrance non déclenchée », « délivrance aux forceps », ou « délivrance par césarienne ». Les résultats d'une naissance se déroulant normalement se compareront favorablement avec les résultats d'autres types de naissance mais ne seront pas nécessairement sans gravité.

La catégorie « délivrance normale » inclue :

- les femmes dont le travail débute spontanément, qui progresse sans accélération, sans médication et qui donnent naissance spontanément ;
- ainsi que les femmes qui expérimentent un des éléments suivant si elles n'entrent pas dans la catégorie des exclusions (voir ci-dessous):
 - accélération du travail,
 - rupture artificielle des membranes si ce geste ne fait pas partie d'une accélération médicale du travail,
 - Entonox[†],
 - opiacés,
 - monitoring foetal continu,
 - gestion de la troisième phase du travail,
 - complications anténatales, durant l'accouchement ou postnatales (incluant par exemple une hémorragie du post-partum, déchirure du périnée, réparation de trauma du périnée, admission en soins intensifs -« special care baby unit » ou « neonatal intensive care unit »-).

La catégorie « délivrance normale » exclue :

- les femmes qui expérimentent un ou plus des éléments suivants:
 - déclenchement du travail (avec utilisation de prostaglandines, d'ocytocine ou rupture des membranes),
 - péridurale ou rachianesthésie,
 - anesthésie générale,
 - forceps ou ventouse,
 - césarienne, ou
 - épisiotomie.*

**Certains membres du MCWP souhaitent que le centre d'Information restreigne la définition pour exclure les procédures telles que l'accélération du travail, l'utilisation d'opiacés, la rupture des membranes ou la gestion de la troisième phase. Cela dépendrait des statistiques nécessaires collectées systématiquement. Alternativement une définition plus stricte pourrait conduire à l'établissement d'une définition distincte de naissance « physiologique » ou « naturelle ».*

[†]NDT : l'Entonox est un analgésique gazeux composé de 50% de protoxyde d'azote et 50% d'oxygène

Informations complémentaires

Les politiques concernant les soins liés à la maternité sont différentes selon les quatre pays du RU. Cependant, il y a une attention commune afin d'offrir aux femmes enceintes plus de choix, avec un meilleur accès aux soins locaux et aux services dirigés par des sages-femmes. En Angleterre, en Ecosse et au Pays de Galles, on note aussi un intérêt explicite à faciliter les naissances normales, réduire les interventions, partiellement en réponse au taux croissant de césariennes. (Voir figure 1)

« Pour la majorité des femmes la grossesse et la naissance sont des événements normaux de la vie et requièrent un minimum d'intervention. Ces femmes peuvent choisir d'être suivies par une sage femme et donner naissance à la maison »¹³.

“L'environnement de la naissance devrait être régulièrement évalué afin d'assurer qu'ils optimisent la normalité, l'intimité et la dignité durant le travail et la naissance pour la mère et ses accompagnants.”¹⁴

“Des études ont montré que les femmes accompagnées durant le travail ont moins besoin de produits pour la douleur, subissent moins d'interventions et donnent naissance à des bébés plus en forme. Après la naissance de leur enfant, les femmes accompagnées ont une meilleure estime d'elles-mêmes, de leur accouchement et de leur bébé.”¹⁵

En Irlande du Nord, il y a une politique de développement des soins donnée par les sages-femmes :

“Le développement de maternités dirigées par les sages-femmes sera encouragé parallèlement à des maternités dirigées par des obstétriciens et deux unités pilotes séparées dirigées par des sages-femmes seront développées.”¹⁶

En Angleterre et au Pays de Galles l'accent est mis sur les naissances à domicile avec un objectif de 10 % au Pays de Galles et sur les unités dirigées par des sages femmes ou des centres de naissance.¹⁸ Une évaluation récente a montré que les maternités locales ont joué un rôle important pour les soins liés à la maternité en Ecosse.¹⁹

Quelles sont les conséquences d'interventions ?

De nombreux facteurs concourent à la culture des maternités et influencent le niveau d'intervention. Le nombre de naissances normales semble être plus élevé là où l'on trouve une attitude positive de la naissance considérée comme un processus physiologique, une gestion positive, l'accès pour le personnel débutant à un soutien adapté, un engagement pour une pratique fondée sur les preuves (evidence-based practice) et une capacité à gérer les changements.²⁰ Il y a de plus en plus de preuves qu'un travail interdisciplinaire respectueux ainsi qu'une communication fluide sont particulièrement importants pour des soins de haute qualité évitant morbidité et mortalité évitables.^{20, 21, 22, 23}

Quels facteurs augmentent les naissances normales ?

Certains facteurs facilitent les naissances sans complication sans mise en évidence de risques additionnels tels que un soutien de personne à personne²⁴, l'immersion dans l'eau^{25, 26} pour des femmes à faible risque, prévoir une naissance à la maison, soins dispensés par une sage femme connue (de la mère), une formation plus étendue des médecins débutants²⁷, le recrutement de sages-femmes spécialisées en naissances normales, et soutien par des obstétriciens.²⁸

Statistiques récentes

Les statistiques de 2005 montrent qu'en Angleterre, environ 48 % des femmes donnant naissance à l'hôpital ont eu un accouchement normal en utilisant la définition adoptée par le Centre d'Information d'Angleterre et 34,9 % en Ecosse. Les taux de naissances normales ne sont pas disponibles en Irlande du Nord ni au Pays de Galles. Il y a de grandes disparités de prises en charge entre les maternités en Angleterre, indiquant des taux variants de 37 % à 59,8 %. (Voir figure 2).

Figure 1

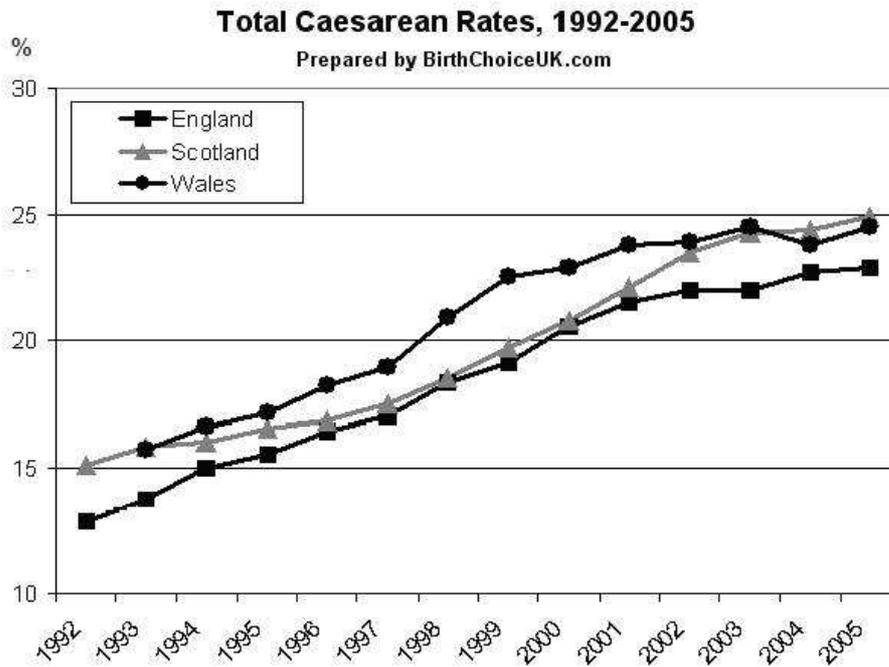
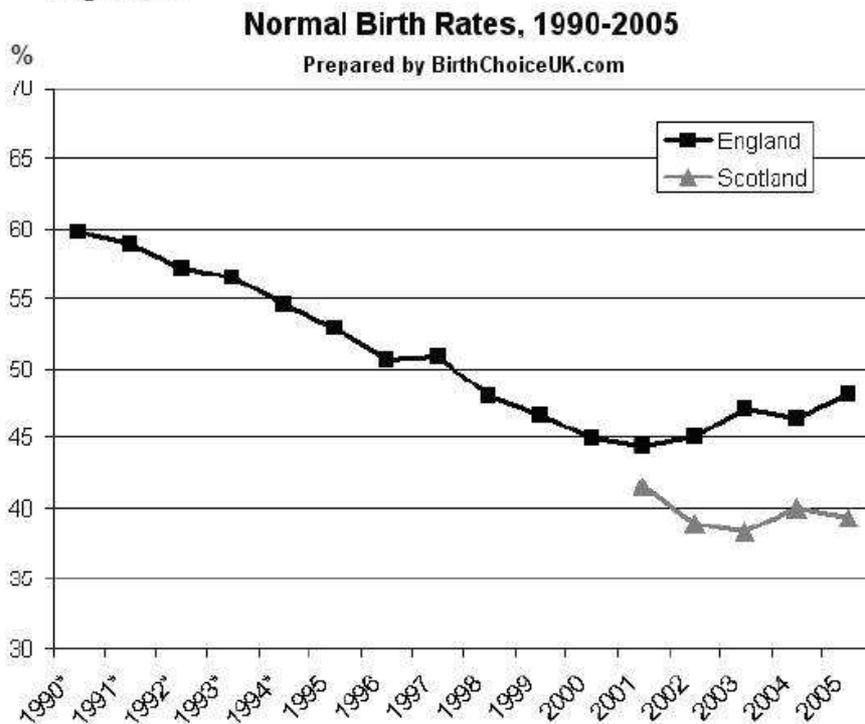


Figure 2



* Estimated from similar data

Références

1. Department of Health. *NHS Maternity Statistics, England: 2004-05*. London: The Information Centre, Community Health Statistics; 2006. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/pubs/maternityeng2005/maternitystats06/file>
2. Thomas J, Paranjothy S, and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. *National sentinel caesarean section audit report*. London: RCOG Press; 2001.
3. Green JM, Baston H, Easton S et al. *Greater expectations? Inter-relationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes: summary report*. Leeds: Mother & Infant Research Unit; 2003. Available from: <http://www.leeds.ac.uk/miru/>
4. NHS Institute for Innovation and Improvement. *Delivering quality and value. Focus on: caesarean section*. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2006.
5. Alfrevic Z, Devane D, and Gyte GM. *Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3*. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066. Available from: <http://www.nelh.nhs.uk/cochrane.asp>
6. Anim-Somuah M, Smyth R, and Howell C. *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4, 2005*. Available from: <http://www.nelh.nhs.uk/cochrane.asp>
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists et al. *Safer childbirth: minimum standards for the organisation and delivery of care in labour*. London: RCOG Press; 2007. Available from: <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=1168>
8. BirthChoiceUK. *Normal Birth: welcome to the BirthChoiceUK normal birth pages*. 2005. Available from: <http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/index.html>
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. *Induction of labour: evidence-based clinical guideline number 9*. 2001. Available from: http://www.rcog.org.uk/resources/pdf/rcog_induction_of_labour.pdf
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. *The use of electronic fetal monitoring: the use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based clinical guideline Number 8*. London: RCOG; 2001. Available from: <http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesdb/html/efmguidelinerkog.pdf>
11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Caesarean section: clinical guideline*. London: RCOG Press; 2004. Available from: <http://www.nice.org.uk/pdf/CG013NICEguideline.pdf> ; <http://www.nice.org.uk/pdf/CG013fullguideline.pdf>
12. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline*. London: RCOG Press; 2007. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG55/niceguidance/pdf/English>
13. Department of Health. *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. London: Department of Health; Department for Education and Skills; 2004.
14. Welsh Assembly Government. *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services in Wales*. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2005.
15. NHS Quality Improvement Scotland. *Clinical standards - maternity services*. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2005. Available from: <http://www.nhsqis.org.uk/nhsqis/2228.html>
16. Northern Ireland Department of Health SSaPS. *Developing better services: modernising hospitals and reforming structures*. Belfast: Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety; 2002.
17. "Realising the potential" *A strategic framework for nursing, midwifery and health visiting in Wales into the 21st century. Briefing paper 4. "Delivering the future in Wales" A framework for realising the potential of midwives in Wales*. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2002.
18. Department of Health. *Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service*. London: Department of Health; 2007.
19. Hogg M, Penney G, and Carmichael J. *Audit of care provided and outcomes achieved by community maternity units in Scotland 2005: final report*. *SPCERH Publication No. 29*. Aberdeen: Scottish Programme for Clinical Effectiveness in Reproductive Health (SPCERH); 2007. Available from: <http://www.abdn.ac.uk/spcerh>
20. Biringer A, Davies B, Nimrod C et al. *Attaining and maintaining best practice in the use of caesarean sections: an analysis of four Ontario hospitals. Report of the Caesarean Section working group of the Ontario Women's Health Council*. Ontario: Ontario Women's Health Council; 2000. Available from: http://www.womenshealthcouncil.on.ca/userfiles/page_attachments/3842819_Caesarean_Section.pdf
21. Commission for Healthcare Audit and Inspections. *State of healthcare 2005 [Kennedy report]*. London: Healthcare Commission; 2005. Available from: <http://www.healthcarecommission.org.uk>
22. Lewis G, Drife J. *Why mothers die 2000 - 2002: the sixth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: RCOG Press; 2004. Available from: http://www.cemach.org.uk/publications/WMD2000_2002/content.htm
23. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. *Perinatal mortality surveillance report 2004: England, Wales and Northern Ireland*. London: CEMACH; 2006. Available from: <http://www.cemach.org.uk>
24. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, and Sakala C. *Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, 3, 2003. Available from: <http://www.nelh.nhs.uk/cochrane.asp>

25. Alfirevic Z, Gould D. *Immersion in water during labour and birth*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives - Joint statement No.1. Available from: <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=546>
26. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish R, and Burns E. *Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2*, 2004. Available from: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB000111.htm>
27. Spencer C, Murphy DJ, Bewley S. *Caesarean delivery in the second stage of labour: better training in instrumental delivery may reduce rates*. *BMJ* 2006;333(7569):613-4.
28. NHS Institute for Innovation and Improvement. *Delivering quality and value. Pathways to success: a self-improvement toolkit. Focus on normal birth and reducing Caesarean section rates*. Coventry: NHS Institute; 2006.

La campagne RCM pour une naissance normale

La campagne RCM pour une naissance normale fournit une occasion de partager de bonnes pratiques pour promouvoir les naissances normales. La campagne vise à proposer et soutenir une pratique pour les naissances normales. Elle constitue un rappel du fait que de bonnes expériences de naissances peuvent avoir lieu en dépit des défis. Les interventions et les césariennes devraient pas être le premier choix mais le dernier. <http://www.rcmnormalbirth.org.uk>

Photo - avec nos remerciements à Jules, Matt and Clemmie pour leur autorisation d'utiliser leur photo. © Albany Midwifery Practice

Pour contacter le Maternity Care Working Party (MCWP) écrire à parliamentary@nct.org.uk ou appeler le 020 8752 2396. Pour plus d'information sur le MCWP, voir <http://www.appg-maternity.org.uk>

© NCT/RCM/RCOG Novembre 2007