



CHOIX DU LIEU d'accouchement

Ligne directrice relative à la discussion sur le choix du lieu d'accouchement

Collaboratrices

Groupe consultatif d'experts sur le choix du lieu d'accouchement

Teresa Bandrowska, SF
Sara Booth, SF
Barbara Borland, SF
Liz Darling (présidente), SF, PhD
Phyllis Hill, SFA
Eileen Hutton, SF, PhD
Beth Murray-Davis, SF, PhD
Rachel Rapaport Beck, MScS
Vicki Van Wagner, SF, PhD

Personnel de l'ASFO

Suzannah Bennett, MScS
Sarah Burke Dimitrova, MSP
Jenny Gilbert, MA
Tasha MacDonald, SF, MScS
Anna Meuser, MSP
Jenna Robertson, SF, MA

Remerciements

TL'Association of Ontario Midwives (AOM; l'association professionnelle des sages-femmes de l'Ontario) «L'Association of Ontario Midwives (AOM; l'association professionnelle des sages-femmes de l'Ontario) reconnaît respectueusement le soutien financier du ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le développement de cette ligne directrice. »

Les opinions émises dans cette ligne directrice sont strictement ceux de l'Association et ne reflètent pas la position du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Ce document peut être cité comme suit : Groupe consultatif d'experts sur le choix du lieu d'accouchement. Association of Ontario Midwives. Ligne directrice relative à la discussion sur le choix du lieu d'accouchement. 2016.

INTRODUCTION

Le choix éclairé et le choix du lieu d'accouchement font partie des principes fondamentaux des soins de sages-femmes de l'Ontario. Celles-ci facilitent le processus collaboratif de prise de décisions éclairées et reconnaissent que c'est à la cliente que revient toute décision par rapport à ses soins de santé, y compris le lieu où elle choisit d'accoucher (ex. domicile, hôpital, centre de naissance, clinique de sages-femmes, centre de santé en région éloignée). Selon l'AOM, les sages-femmes autorisées (SF) sont tenues d'offrir à leurs clientes le choix d'accoucher à domicile ou dans un milieu hospitalier. Quant aux sages-femmes autochtones qui exercent aux termes de la clause d'exception de la Loi de 1991 sur les sages-femmes, elles offrent le choix d'accoucher à domicile où dans un autre lieu hors de l'hôpital (1,2).

Idéalement, toutes les Ontariennes accouchant sous les soins d'une sage-femme auraient le même accès aux différents lieux de naissance; toutefois, leurs choix sont souvent limités par la disponibilité des ressources locales. Par exemple, il n'existe que trois centres de naissance en Ontario, soit le Centre de naissance de Toronto, le Centre de naissance et de bien-être d'Ottawa et le Centre de naissance Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta, situé sur le Territoire des Six Nations de la rivière Grand. D'autres éléments limitant ces choix peuvent être liés aux inégalités qu'on peut attribuer aux déterminants sociaux de la santé (par exemple, vivre dans un refuge, dans la rue ou dans un autre logement inadéquat). Les sages-femmes se familiarisent avec les circonstances sociales de chaque cliente et de chaque famille, explorant les contextes hors du milieu hospitalier pour chaque personne; elles prennent en compte leur situation domiciliaire ainsi que les options et les ressources particulières qui existent au niveau local. Les sages-femmes doivent aussi défendre non seulement l'accès qu'ont leurs clientes aux différents milieux d'accouchement, tant au niveau local qu'au niveau provincial, mais aussi l'inclusion des privilèges hospitaliers dans le champ de pratique des sages-femmes autochtones.

Lorsqu'elles discutent avec leurs clientes des risques, des avantages et des choix alternatifs associés aux différents lieux de naissance, les sages-femmes doivent consulter les meilleures données existantes, se

concentrant sur le nombre croissant d'études au Canada qui offrent des preuves solides à l'appui des naissances assistées par leurs collègues et, lorsque celles-ci sont disponibles, de la sécurité des accouchements planifiés à domicile.

Ce document a pour objectif de servir de guide aux sages-femmes dans le cadre de discussions éclairées sur le choix du lieu d'accouchement; il n'est pas destiné à prescrire une ligne de conduite. S'inspirant des [recommandations sur le lieu d'accouchement](#) publiées dans le document d'orientation sur les soins intrapartum du National Institute for Healthcare Excellence (NICE), cette ligne directrice fournit un examen des meilleures preuves disponibles qui sont pertinentes pour le système de santé de l'Ontario, au Canada (3). Les études recensées comparent les résultats des clientes de sage-femme qui, au début de leur travail, avaient planifié d'accoucher à domicile ou dans un centre de naissance aux résultats de celles qui avaient prévu d'accoucher à l'hôpital. Pour plus d'information sur la méthodologie (GRADE) et sur les données utilisées par le Groupe consultatif d'experts sur le choix du lieu d'accouchement de l'Association lors de l'élaboration de cette ligne directrice, veuillez consulter : ontariomidwives.ca/cob

Critères d'inclusion à l'étude

L'examen des preuves comprend des études observationnelles (études de cohorte prospectives ou rétrospectives) menées au Canada après 1990 dont les résultats sont fondés sur le lieu d'accouchement prévu — et non réel — au début du travail.* Les études ont été sélectionnées selon les critères suivants : les services de sage-femme étaient offerts dans le cadre d'un système de santé bien intégré; le lieu d'accouchement prévu était connu au début du travail; il y avait un groupe planifiant l'accouchement à l'hôpital pour fins de comparaison aux groupes planifiant l'accouchement à domicile ou dans un centre de naissance; et on considérait que les participantes à l'étude présentaient un faible risque de complications. †

Recherches comparant les accouchements planifiés à domicile à ceux planifiés à l'hôpital en présence d'une sage-femme

Les données probantes présentées ci-dessous relatives aux accouchements planifiés à domicile ou à l'hôpital en présence d'une sage-femme sont fondées sur des résultats provenant d'une clientèle à faible risque dans deux provinces canadiennes, soit l'Ontario et la Colombie-Britannique (4–7).

* L'analyse des résultats en fonction du lieu d'accouchement prévu au début du travail plutôt que du lieu réel de la naissance concordait avec l'« analyse en intention de traiter », qui est couramment utilisée dans les essais contrôlés randomisés. Afin d'assurer que les résultats soient classés correctement, l'« intention de traiter » serait une considération méthodologique importante pour les études portant sur le lieu de naissance (par exemple, si une cliente a prévu un accouchement domiciliaire puis est transportée à l'hôpital, tout résultat défavorable serait signalé comme le résultat d'une naissance planifiée à la maison).

† Dans toutes les études, les clientes ayant déjà subi une césarienne faisaient partie des participantes à faible risque de complications. Pour en savoir davantage sur la définition du « faible risque », veuillez consulter les études incluses dans la recension (4–10).

Les résultats des naissances assistées par des sages-femmes au Canada concordent avec ceux de pays où les sages-femmes et les accouchements à domicile sont bien intégrés au système de santé, comme en Angleterre (8), en Nouvelle-Zélande (9,10), aux Pays-Bas (11–13) et en Norvège (14).

Recherches comparant les accouchements planifiés dans un centre de naissance à ceux prévus à l'hôpital en présence d'une sage-femme

Étant donné l'apparition récente de la clientèle sage-femme au sein du système de santé canadien à l'extérieur du Québec, il n'existe aucune étude canadienne comparant les clientes à faible risque de complications planifiant d'accoucher dans un centre de naissance à celles prévoyant de le faire dans un milieu hospitalier. Bien qu'il existe une étude évaluant les services de sages-femmes dans les maisons de naissance lors des projets pilotes au Québec, le groupe témoin de celle-ci comprenait des femmes accouchant à l'hôpital en présence de médecins et non de sages-femmes (15).

Quoiqu'aucune étude n'ait encore été publiée au moment de la rédaction de cette ligne directrice, il existe néanmoins quelques données portant sur les résultats obtenus auprès des centres de naissance en Ontario. Le registre BORN Ontario a réalisé une évaluation du projet de démonstration des centres de naissance comprenant une analyse des résultats obtenus auprès du Centre de naissance de Toronto et du Centre de naissance et de mieux-être d'Ottawa. Comme les données étaient encore trop faibles, elles n'ont pas été officiellement incluses dans les tableaux de résultats ci-dessous; cependant, les résultats rapportés dans l'évaluation concordent avec ceux des études publiées en Ontario sur les accouchements planifiés à domicile en présence d'une sage-femme (16,17). En Ontario, l'équipement, les services, les fournisseurs de soins de santé et les options de gestion de la douleur disponibles lors des accouchements à domicile sont semblables à ceux qu'on retrouve dans les centres de naissance. Étant donné ce fait, lorsqu'elles discutent avec leurs clientes des résultats associés aux accouchements prévus dans un centre de naissance, les sages-femmes peuvent consulter les données canadiennes sur la naissance prévue à domicile ainsi que les données des centres de naissance ontariens et des recherches internationales comparables telles que présentées ci-dessous.

En l'absence de travaux de recherche publiés au Canada, l'analyse des centres de naissance a été élargie pour inclure des

recherches internationales provenant de pays où les sages-femmes et les centres de naissance indépendants sont bien intégrés au système de soins de santé. Les données présentées ci-dessous comparant les accouchements planifiés dans un centre de naissance à ceux planifiés à l'hôpital en présence d'une sage-femme sont fondées sur des études menées en Angleterre (8). Des données provenant de la Nouvelle-Zélande ont également été recensées et résumées pour compléter les résultats de l'Angleterre (9,10), et apparaissent dans le document supplémentaire.

Les recherches menées dans d'autres contextes, comme celui des États-Unis, ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude, principalement parce qu'elles n'avaient pas de groupe témoin. Les études comprenant un grand nombre de participantes ont démontré la sécurité des centres de naissance et leur association aux faibles taux d'interventions obstétricales au sein du système de santé américain (18–23). Toutefois, en raison des différences concernant l'intégration des sages-femmes, il est possible que les

recherches menées aux États-Unis sur le lieu de l'accouchement ne puissent pas s'appliquer au système de santé canadien.

Recherches sur les accouchements assistés par des sages-femmes dans d'autres milieux

Outre le domicile, les centres de naissance et l'hôpital, les sages-femmes assistent à des accouchements dans d'autres milieux, comme les cliniques de sages-femmes et les centres de santé en région éloignée. La revue des données sur ces autres milieux va au-delà de la portée de la présente ligne directrice. Cependant, il convient de souligner que les recherches portant sur les accouchements non hospitaliers en présence de sages-femmes dans les collectivités autochtones, rurales, éloignées et du Nord ont démontré de bons résultats qui concordent avec les études canadiennes et internationales sur les naissances hors de l'hôpital (24–32). Les sages-femmes appuient et préconisent le maintien des accouchements dans les communautés où les soins sont plus centrés sur la cliente, plus adaptés à la culture et plus favorables à l'infrastructure locale des soins de santé (33).

DISCUSSION SUR LE CHOIX DU LIEU D'ACCOUCHEMENT

- 1 Aviser toutes les clientes à faible risque de complications que l'accouchement est généralement un événement très sécuritaire pour elles et leur bébé.
- 2 Aviser toutes les clientes à faible risque qu'elles peuvent choisir d'accoucher dans tous les milieux disponibles dans leur collectivité (ex. domicile, centre de naissance, hôpital, clinique de sages-femmes, centre de santé éloigné).

Discussion sur le choix du lieu d'accouchement

Les recherches sur la grossesse et l'accouchement, y compris celles sur le lieu de naissance qui sont résumées ci-dessous, suggèrent qu'un premier accouchement comporte une plus grande fréquence d'interventions obstétricales et de résultats de santé néfastes. Conséquemment, les chercheurs analysent et signalent parfois séparément les résultats pour les femmes multipares et nullipares. Lorsqu'elles sont pertinentes et disponibles, les données ci-dessous sont résumées selon la parité.

- 3 Discuter des taux **d'interventions obstétricales et des résultats de santé** par rapport au lieu d'accouchement prévu (voir les résultats résumés dans **le tableau 1 pour les nullipares** et dans **le tableau 2 pour les multipares**).

Fournir aux clientes les renseignements suivants :

- Globalement, les taux d'interventions obstétricales et de résultats de santé défavorables sont faibles pour toutes les clientes de sage-femme à faible risque de complications, et ce, dans tous les milieux d'accouchement (4–10).
- Planifier d'accoucher à la maison ou dans un centre de naissances par rapport à l'hôpital est associé non seulement à un taux plus élevé d'accouchement spontané par voie vaginale, mais aussi à des taux plus faibles d'hémorragie post-partum, de traumatisme périnéal (déchirures périnéales du 3e ou 4e degré) et d'interventions obstétricales comme la césarienne, l'accouchement vaginal assisté, l'épisiotomie, l'accélération du travail à l'ocytocine et l'analgésie/anesthésie péridurale ou rachidienne (4–10).
- L'accouchement planifié à la maison par rapport à l'hôpital est associé à une plus faible utilisation de narcotiques et d'oxyde nitreux pour la gestion de la douleur (4–7).
- La naissance prévue dans un centre de naissance par rapport à l'hôpital est associée à un taux plus faible de transfusion sanguine et à un taux plus élevé d'immersion dans l'eau pour gérer la douleur (8).

TABEAU 1 : INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES ET RÉSULTATS DE SANTÉ POUR LES CLIENTES NULLIPARES À FAIBLE RISQUE DE COMPLICATIONS SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT PRÉVU

RÉSULTATS	CANADA			ANGLETERRE		
	À domicile avec une SF %	À l'hôpital avec une SF %	Références	Centre de naissance avec une SF %	À l'hôpital avec une SF ou autre %	Références
Accouchement vaginal spontané	79,6	73,1	(4-7)	81,0	62,1	(8)
Césarienne	12,8	16,3	(4-7)	6,9	15,8	(8)
Accouchement vaginal assisté	7,6	10,6	(4,5)	5,7 (ventouse) 6,1 (forceps)	11,3 (ventouse) 10,6 (forceps)	(8)
Épisiotomie	9,5	12,4	(4,5)	16,5	29,1	(8)
Accélération du travail à l'ocytocine	20,3	26,9	(5) *	15,1	34,7	(8)
Anesthésie péridurale/rachidienne	29,2	44,7	(5) *	19,8	41,2	(8)
Analgésique narcotique	3,7	10,4	(5) *	résultats non signalés dans l'étude		
Oxyde nitreux	7,1	18,9	(5) *	résultats non signalés dans l'étude		
Immersion dans l'eau	résultats non signalés dans les études			52,7	11,7	(8)
Traumatisme périnéal (déchirures du 3e ou 4e degré)	3,1	4,7	(5)	4,0	4,5	(8)
Hémorragie post-partum	3,2	3,6	(5)	résultats non signalés dans l'étude		
Transfusion sanguine	résultats non signalés dans les études			0,8	1,6	(8)

* Les résultats non publiés ont été fournis par les auteurs de l'étude ontarienne de 2016 incluse dans la recension des écrits (5).

TABEAU 2 : INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES ET RÉSULTATS DE SANTÉ POUR LES CLIENTES MULTIPARES À FAIBLE RISQUE DE COMPLICATIONS SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT PRÉVU

RÉSULTATS	CANADA			ANGLETERRE		
	À domicile avec une SF %	À l'hôpital avec une SF %	Références	Centre de naissance avec une SF %	À l'hôpital avec une SF ou autre %	Références
Accouchement vaginal spontané	97,4	94,5	(4-7)	97,7	88,8	(8)
Césarienne	1,9	3,7	(4-7)	0,8	5,2	(8)
Accouchement vaginal assisté	0,7	1,8	(4,5)	0,4 (ventouse) 0,8 (forceps)	3,7 (ventouse) 2,0 (forceps)	(8)
Épisiotomie	1,2	2,4	(4,5)	2,3	7,6	(8)
Accélération du travail à l'ocytocine	2,5	6,3	(5) *	1,6	10,0	(8)
Anesthésie péridurale/rachidienne	4,0	16,4	(5) *	3,7	16,3	(8)
Analgésique narcotique	0,5	3,2	(5) *	résultats non signalés dans l'étude		
Oxyde nitreux	2,4	15,8	(5) *	résultats non signalés dans l'étude		
Immersion dans l'eau	résultats non signalés dans l'étude			41,5	6,6	(8)
Traumatisme périnéal (déchirures du 3e ou 4e degré)	0,3	1,0	(5)	0,9	1,6	(8)
Hémorragie post-partum	2,1	2,7	(5)	résultats non signalés dans l'étude		
Transfusion sanguine	résultats non signalés dans l'étude			0,4	0,7	(8)

* Les résultats non publiés ont été fournis par les auteurs de l'étude ontarienne de 2016 incluse dans la recension des écrits (5).

TABLEAU 3 : INTERVENTIONS NÉONATALES ET RÉSULTATS DE SANTÉ SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT PRÉVU ET LA PARITÉ

RÉSULTATS	CANADA			ANGLETERRE		
	À domicile avec une SF %	À l'hôpital avec une SF %	Références	Centre de naissance avec une SF ‰	À l'hôpital avec une SF ou autre %	Références
Mortinaissance intrapartum et décès néonatal avant 28 jours	1,1	0,9	(4–6)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientes nullipares	1,9	1,9	(4,5)			
Clientes multipares	0,8	0,4	(4,5)			
Mortinaissance intrapartum	0,5	0,3	(4–6)	0,4	0,2	(8)
Clientes nullipares	0,8	0,3	(5)	0,2	0,1	(8)
Clientes multipares	0,1	0,1	(5)	0,5	0,2	(8)
Décès néonatal (0-7 jours)	0,4	0,6	(5)	0,4	0,3	(8)
Clientes nullipares	1,0	1,2	(5)	0,6	0,4	(8)
Clientes multipares	0,1	0,3	(5)	0,3	0,1	(8)
Réanimation avec VPP et compressions thoraciques	2,7	2,8	(4,5)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientes nullipares	5,0	4,5	(5)			
Clientes multipares	1,1	1,2	(5)			
Admission à l'UNSI †	15,0	17,0	(4)	17,0	28,0	(8)
Clientes nullipares	résultats non signalés dans l'étude selon la parité			23,0	35,0	(8)
Clientes multipares				12,0	19,0	(8)
Indice Apgar < 7 à 5 minutes ‡	7,0 à 9,0	9,0 à 12,0	(4–7)	8,0	10,0	(8)
Clientes nullipares	14,7	13,5	(5) *	10,8	9,5	(8)
Clientes multipares	3,7	7,4	(5) *	5,7	8,4	(8)

† L'étude canadienne indiquait un séjour de plus de 4 jours à l'UNSI (4) alors que l'étude anglaise indiquait l'admission à l'UNSI (8).

‡ En indiquant des indices d'Apgar faibles, certaines études canadiennes ont exclu les nouveau-nés ayant des anomalies congénitales graves (6,7), contrairement à d'autres recherches (4,5); les résultats n'ont donc pas été regroupés. Les résultats de l'Angleterre n'ont pas exclu les anomalies congénitales (8).

* Les résultats non publiés ont été fournis par les auteurs de l'étude ontarienne de 2016 incluse dans la recension des écrits (5).

4. Discuter des taux d'interventions néonatales et des résultats de santé associés au lieu d'accouchement prévu (voir les résultats résumés dans le tableau 3 pour tous les nouveau-nés et selon la parité).

Fournir aux clientes les renseignements suivants :

- Globalement, les taux d'interventions néonatales et de résultats de santé défavorables sont faibles pour toutes les clientes de sage-femme à faible risque de complications, et ce, dans tous les milieux d'accouchement (4–9).
- Aucune différence n'a été observée quant au risque de mortalité (mortinaissance intrapartum, décès néonatal précoce ou avant 28 jours) lorsqu'on compare les accouchements planifiés à domicile à ceux prévus à l'hôpital, quelle que soit la parité (4–7). Ces résultats, qui proviennent de recherches canadiennes, concordent avec ceux provenant de recherches internationales dans des milieux où la pratique sage-femme est bien intégrée au système de santé. Ces dernières comprennent, entre autres, l'étude Birthplace in England, qui a comparé les accouchements planifiés à domicile et dans des centres de naissance à ceux prévus à l'hôpital, ainsi qu'une étude néerlandaise, la plus importante de ce type à ce jour, qui a comparé les accouchements planifiés à domicile à ceux prévus à l'hôpital (8,11).

- Aucune différence n'a été observée au niveau des autres interventions néonatales ou résultats de santé défavorables, y compris la réanimation néonatale avec ventilation en pression positive (VPP) et compressions thoraciques (4,5), les admissions à l'unité néonatale de soins intensifs (UNSI) (4,8,9) et les indices d'Apgar (4–8) lorsqu'on compare les accouchements planifiés à domicile et dans les centres de naissance à ceux prévus à l'hôpital.
- Étant donné la rareté des résultats néfastes graves pour la santé des nouveau-nés, les chercheurs peuvent quelquefois combiner plusieurs résultats et présenter *une mesure composite de mortalité et de morbidité néonatales*. Les recherches canadiennes présentant deux mesures composites différentes n'ont révélé aucune différence lorsqu'elles ont comparé les taux de mortalité et de morbidité néonatales des accouchements planifiés à domicile à ceux prévus à l'hôpital, quelle que soit la parité (4,5). En revanche, une étude menée en Angleterre avec une mesure composite différente a révélé une probabilité légèrement élevée de mortalité et de morbidité néonatales chez les clientes nullipares planifiant une naissance à domicile par rapport à celles prévoyant d'accoucher à l'hôpital (8). De plus, elle n'a relevé aucune différence entre les taux de mortalité et de morbidité néonatales des accouchements planifiés dans des centres de naissance par rapport à ceux prévus à l'hôpital, quelle que soit la parité. L'utilisation de différentes mesures composites par ces études rend difficile la comparaison directe des résultats et pourrait expliquer certaines des différences observées.

5. Conseiller aux clientes à faible risque de complications que si elles valorisent un accouchement ayant peu d'interventions, une naissance planifiée hors de l'hôpital leur conviendrait particulièrement puisque, selon les données probantes, les taux d'interventions obstétricales et les résultats de santé défavorables y seraient plus faibles et que les résultats de santé néonataux seraient les mêmes que lors d'un accouchement prévu à l'hôpital (4–10).

Discussion sur la disponibilité des ressources et des capacités

6. Discuter de la disponibilité des ressources et des capacités locales telles que l'accès opportun aux services et aux traitements d'urgence, à la collaboration avec d'autres fournisseurs de santé et aux options de gestion de la douleur.

Fournir aux clientes les renseignements suivants :

- L'équipement que les sages-femmes apportent aux accouchements à domicile et qui est disponible dans les centres de naissance est semblable à celui qu'on peut trouver dans un hôpital communautaire de niveau 1, y compris l'oxygène, l'équipement de réanimation néonatale, les médicaments pour traiter l'hémorragie post-partum et les instruments stériles.
- Les sages-femmes sont formées pour gérer les urgences dans tous les milieux et maintiennent une certification en réanimation néonatale (PRN) et en gestion des urgences obstétricales (FUO, GESTA).

Discussion sur le transport et le transfert à l'hôpital

7. Discuter avec toutes les clientes de la possibilité non seulement d'un **transport** vers un hôpital équipé pour gérer les urgences mais aussi d'une consultation ou d'un **transfert de soins** à un autre fournisseur de soins de santé pendant le travail, l'accouchement ou le post-partum immédiat, quel que soit le lieu d'accouchement prévu (voir les résultats résumés dans le **tableau 4 pour toutes les clientes et selon la parité**) (4,5,8) [†].

Fournir aux clientes les renseignements suivants :

- La majorité des accouchements se déroulent dans le lieu d'accouchement prévu. Parmi les clientes qui, dès le début du travail, avaient planifié une naissance à domicile, presque 87 % des multipares et environ la moitié des nullipares ont accouché à la maison. Plus rarement, il pourrait arriver qu'une naissance prévue à l'hôpital se déroule à la maison ou que les services d'urgence (ambulance) soient appelés pour transporter la cliente et son nouveau-né à l'hôpital, surtout dans le cas d'un accouchement précipité (4,5,8). [†]

[†] « Transport » signifie le déplacement physique d'une cliente d'un endroit vers un autre (par exemple, de la maison ou d'un centre de naissance vers l'hôpital), avec ou sans l'assistance de services paramédicaux. « Transfert » ou transfert de soins signifie le transfert de responsabilité des soins d'un fournisseur de soins à un autre (par exemple, de la sage-femme au médecin), où le fournisseur acceptant les soins en devient la personne la plus responsable.

- La majorité des cas de transport à l'hôpital ne sont pas urgents et ne nécessitent pas de services d'urgence ou d'ambulanciers paramédicaux. Quelquefois, une ambulance pourrait s'avérer être le moyen le plus rapide ou le plus approprié pour le transport à l'hôpital, même en l'absence d'une urgence médicale. Dans d'autres cas, le transport à l'hôpital pourrait ne pas avoir lieu même si les services d'urgence ont été appelés au lieu d'accouchement prévu (4,5). †
 - En Ontario, les raisons les plus fréquemment citées pour transporter une cliente de la maison vers un centre de naissance vers un hôpital **pendant le travail** incluent : le travail prolongé, la gestion de la douleur et les inquiétudes par rapport au bien-être du fœtus, comme la présence de liquide amniotique méconial ou une fréquence cardiaque fœtale anormale (17,34,35).
 - En Ontario, les raisons les plus fréquemment citées pour transporter une cliente de la maison vers un centre de naissance vers un hôpital **après l'accouchement** incluent : l'hémorragie post-partum, la réparation d'une déchirure périnéale sévère et les inquiétudes par rapport à la santé du nouveau-né, telles que la détresse respiratoire ou un faible poids à la naissance (17,34,35).
- 8 Discuter du temps de déplacement entre le lieu d'accouchement prévu et un hôpital équipé pour gérer les situations urgences, en tenant compte des moyens de transport les plus appropriés et des circonstances locales qui pourraient influencer le transport en temps opportun à l'hôpital.
- 9 Discuter des raisons qui pourraient nécessiter une consultation ou un transfert de soins à un autre fournisseur de soins de santé, conformément aux normes de l'organisme de réglementation et au contexte local (36).

TABLE 4: TRANSPORT AND TRANSFER BY PLANNED BIRTHPLACE AND PARITY

RÉSULTATS	CANADA			ANGLETERRE		
	À domicile avec une SF %	À l'hôpital avec une SF %	Références	À l'hôpital avec une SF ou autre %	Centre de naissance avec une SF %	Références
La naissance s'est déroulée au lieu d'accouchement prévu au début du travail	76,2	96,7	(4,5)	83,5	résultats non signalés dans l'étude	(8)
Clientelles nullipares	54,4	96,6	(5) *	70,4		(8)
Clientelles multipares	85,7	96,8	(5) *	94,7		(8)
Transport par les services d'urgence entre le domicile et l'hôpital pendant ou immédiatement après l'accouchement	5,4	0,7	(4)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientelles nullipares	8,2	0,6	(4)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientelles multipares	3,9	0,7	(4)			
Services d'urgence appelés au domicile pendant ou immédiatement après l'accouchement	8,8	1,7	(5)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientelles nullipares	8,5	1,3	(5)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientelles multipares	7,9	1,9	(5)			
Transfert de soins à un autre fournisseur de soins pendant le travail	12,5	19,0	(4)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientelles nullipares	27,8	34,7	(4)	résultats non signalés dans l'étude		
Clientelles multipares	4,5	10,7	(4)			

* Unpublished results were provided by the authors of the 2016 Ontario publication included in the review (5)

† For instance, emergency services may be called in cases of a client's precipitous birth before the midwives arrive at the intended birth setting.

RISK SCREENING

Les discussions avec les clientes sur le dépistage des risques par rapport au choix du lieu d'accouchement sont orientées par les données probantes ainsi que par les normes de la pratique sage-femme émanant d'organismes de réglementation (ex. l'AOM) ou d'associations professionnelles (2,36,37). Il existe peu de données pour orienter les discussions sur le choix du lieu d'accouchement avec les clientes de sage-femme qui auraient des conditions ou des facteurs pouvant augmenter le risque de conséquences néfastes pour la santé. Les meilleures données disponibles concernant le choix du lieu d'accouchement proviennent d'études portant sur des participantes à faible risque de complications (selon une définition semblable dans différentes régions).

Il convient de souligner que dans toutes les études recensées pour cette ligne directrice, les clientes ayant déjà subi une seule césarienne ont été incluses parmi les participantes à faible risque (3–10). Dans le cas particulier de clientes évaluant leurs choix du lieu de naissance pour un accouchement vaginal après césarienne, les sages-femmes peuvent également consulter la ligne directrice no. 14 de l'Association, *Vaginal Birth after Previous Low-Segment Caesarean Section*, ainsi que les résultats d'analyses secondaires de l'étude Birthplace in England (38,39).

CONCLUSION

Les résultats provenant de recherches canadiennes portant sur des clientes accouchant avec des sages-femmes dans différents milieux concordent avec les conclusions d'études menées auprès de systèmes de santé comparables, tels que ceux de l'Angleterre, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et la Norvège. Les résultats révèlent que dans les régions où les services sage-femme sont bien intégrés au système de santé, les accouchements planifiés à domicile ou dans un centre de naissance sont non seulement aussi sécuritaires que dans un hôpital pour les clientes à faible risque de complications, mais qu'ils sont également associés à une diminution des besoins d'interventions obstétricales ou néonatales.

The AOM is committed, through our statement on Gender Inclusivity and Human Rights, to reflect and include trans, genderqueer and intersex communities in all aspects of our work. In this document, there are references to sources that use gendered language to refer to populations of pregnant and birthing people. In order to accurately represent these sources, we may have maintained gendered language. We support research and knowledge translation that engages and reflects the entire childbearing population.

REFERENCES

1. Association of Ontario Midwives. Norme de pratique sur le choix éclairé. 2014. Disponible : www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/10/04.INFORMED-CHOICE_FR.pdf
2. Association of Ontario Midwives. Norme de pratique sur l'accouchement à domicile et hors de l'hôpital. 2014. Disponible : www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/10/03.HOME-AND-OUT-OF-HOSPITAL-BIRTHS_FR.pdf
3. National Institute for Healthcare Excellence (NICE). Intrapartum care : care of healthy women and their babies during childbirth. NICE clinical guideline 190. 2014. Disponible : www.nice.org.uk/guidance/cg190
4. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. 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*. 2009 sep;36(3):180–9.
5. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, et coll. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ*. 2016 mar 15;188(5):E80–90.
6. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et coll. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ*. 2002;166(3):315–23.
7. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. 2009 sep 15;181(6-7):377–83.
8. Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, Marlow N, 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*. 2011;7400(novembre):1–13.
9. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, et coll. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*. 2011 juin;38(2):111–9.
10. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Anderson J, et coll. Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor. *Birth*. 2012 Juin;39(2):98–105.
11. de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2015 Avr;122(5):720–8.
12. de Jonge A, Mesman JAJM, Mannien J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ*. 2013 Juin 13;346(juin13 2):f3263–f3263.
13. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et coll. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009 août;116(9):1177–84.
14. Blix E, Huitfeldt AS, Øian P, Straume B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc*. 2012;3(4):147–53.
15. Fraser W, Hatem-Asmar M, Krauss I, Maillard F, Bréart G, Blais R. Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: clinical indicators. *Can J Public Heal*. 2000;91(1):15–11.
16. Sidney D, Graves E, Holmberg V, Darling L, Rogers J, Soderstrom B, et coll. Rates of Intervention in Ontario's Birth Centre Demonstration Project - Poster Presentation at the AOM Conference. 2016.
17. BORN Ontario. Evaluation of Ontario's Birth Centre Demonstration Project. 2016. p. 66.
18. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A. Outcomes of care in birth centers. The National Birth Center Study. *N Engl J Med*. 1989;321(26):1804–11.
19. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK. The National Birth Center Study. Part I--Methodology and prenatal care and referrals. *J Nurse Midwifery*. 1992;37(4):222–53.
20. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK. The National Birth Center Study. Part II--Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care. *J Nurse Midwifery*. 1992;37(5):301–30.
21. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK. The National Birth Center Study. Part III--Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes, and client satisfaction. *J Nurse Midwifery*. 1992;37(6):361–97.
22. Fullerton J, Severino R. In-hospital care for low-risk childbirth. Comparison with results from the National Birth Center Study. *J Nurse Midwifery*. 1992;37(5):331–40.

23. Stapleton SR, Osborne C, Illuzzi J. Outcomes of care in birth centers: demonstration of a durable model. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(1):3–14.
24. England JI. Rankin Inlet Birthing Project: outcome of primipara deliveries. *Int J Circumpolar Health*. 1998;57 Suppl 1:113–5.
25. Chatwood-Affleck S, Lippman A, Joseph L, Pekeles G. Indications for transfer for childbirth in Inuit women at the Innuulisivik Maternity. *Int J Circumpolar Health*. 1998;57 Suppl 1:121–6.
26. Chamberlain M, Nair R, Nimrod C, Moyer A, England J. Evaluation of a midwifery birthing center in the Canadian north. *Int J Circumpolar Health*. 1998;57 Suppl 1:116–20.
27. Van Wagner V, Epoo B, Nastapoka J, Harney E. Reclaiming birth, health, and community: midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(4):384–91.
28. Van Wagner V, Osepchook C, Harney E, Crosbie C, Tulugak M. Remote midwifery in Nunavik, Québec, Canada: outcomes of perinatal care for the Inuulitsivik health centre, 2000-2007. *Birth*. 2012;39(3):230–7.
29. Houd S, Qinuajuak J, Epoo B. The outcome of perinatal care in Inukjuak, Nunavik, Canada 1998-2002. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63 Suppl 2:239–41.
30. Tedford Gold S, O'Neil J, Van Wagner V. Examining Midwifery-based Options to Improve Continuity of Maternity Care Services in Remote Nunavut Communities. 2005. p. 6.
31. Kildea S, Van Wagner V. « Birthing on Country », Maternity Service Delivery Models: A review of the literature. An Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute (<http://www.saxinstitute.org.au>) on behalf of the Maternity Services Inter - Jurisdictional Committee for the Australian Health Minister's Advisory Council: Sydney; 2012.
32. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration de principe de la SOGC. No. 251, décembre 2010. Retour de l'accouchement dans les communautés autochtones, rurales et éloignées. *JOGC*. 2010 Déc;32(12):1189-1191.
33. Association des sages-femmes de l'Ontario. Midwives Support Keeping Birth Close to Home. 2008. Disponible : www.aom.on.ca
34. BORN Ontario. Midwifery Care Profile - Utilization of Services, infants born from 01-Jan-2014 to 31-Dec-2014. 2016.
35. Toronto Birth Centre. Reasons for transfer, infants born from 31-Jan-2014 to 31-Dec-2014. 2016.
36. Association of Ontario Midwives. Standard of Practice on Consultation and Transfer of Care. 2015 [cité 2014 Dec 4]. Disponible : www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/11/Standard-Consultation-and-Transfer-of-Care-Nov.-2015.pdf
37. Association of Ontario Midwives. Norme de pratique: Quand une cliente choisit des services non régis par les normes d'exercice de la profession de sage-femme. 2014. Disponible : www.cmo.on.ca/wp-content/uploads/2015/10/u.WHEN-A-CLIENT-CHOOSES-CARE-OUTSIDE-MIDWIFERY-STANDARDS-OF-PRACTICE_FR.pdf
38. VBAC CPG Working Group. Association of Ontario Midwives. Vaginal Birth After Previous Low-Segment Caesarean Section (Clinical Practice Guideline No. 14) [Internet]. Septembre 2011. Disponible : www.aom.on.ca/Health_Care_Professionals/Clinical_Practice_Guidelines
39. Rowe R, Li Y, Knight M, Brocklehurst P, Hollowell J. Maternal and perinatal outcomes in women planning vaginal birth after caesarean (VBAC) at home in England: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BJOG*. 2016 Juin 23;123(7):1123–32.