

**Université d'Angers,  
UFR des sciences Médicales,  
Ecole de Sages-Femmes - René ROUCHY,**

**L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA NAISSANCE  
PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES :**

Qu'en est-il de la sécurité pour l'accouchement des patientes à bas risque  
obstétrical  
ayant choisi le domicile ?

Etude rétrospective de type exposé/non exposé réalisée en France  
sur une population de patientes ayant accouché  
entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2006

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME**

Promotion 2005-2009

Mémoire présenté et soutenu par :

Marion SICARD

Née le 20 août 1985

Sous la direction de : Madame Isabelle BAR et Madame Brigitte GOICHON

## Remerciements

*Ce mémoire représente le résultat d'une réflexion engagée depuis plusieurs années, je tenais alors à remercier ici, tous ceux qui m'ont permis d'aboutir à cela.*

*Merci...*

*A Brigitte Goichon, sage-femme enseignante, pour son aide et ses encouragements lors de l'élaboration de l'étude...*

*A Isabelle Bar, Isabelle Députier et Cécile Lebecel, sages-femmes libérales, pour la richesse de nos échanges sur le sens de notre profession, les temps forts passés ensemble au cours de stage et pour m'avoir confortée dans mes convictions...*

*A tous ceux qui ont participé aux relectures de ce travail...*

*A Pierre, Maël, Léopold, Liza, Sandjay, Mayeul, Nina, et leurs parents pour tous les instants partagés chez eux...*

*A Mathilde et Corinne pour leurs conseils et leur soutien autour de ce projet...*

*A toute ma famille qui, de près ou de loin, m'a beaucoup soutenue et accompagnée depuis toujours...*

*A mes camarades pour toutes ces années passées ensemble, pour les moments agréables et les autres...*

*A mon homme pour m'avoir supporté et entouré ces derniers mois...*

## Table des matières

Glossaire.....	5
<b>Introduction.....</b>	<b>6</b>
<b>Chapitre I : Généralités.....</b>	<b>8</b>
1. La sage-femme et sa pratique.....	8
1.1. <i>Les compétences de la sage-femme</i> .....	8
1.2. <i>Démographie des sages-femmes libérales</i> .....	10
2. Le constat à propos de la maternité en France .....	11
2.1. <i>Les indicateurs de mortalité maternelle et périnatale</i> .....	11
2.2. <i>Les objectifs des politiques de périnatalité</i> .....	11
2.3. <i>La crise de la périnatalité en France autour des grossesses à bas risque obstétrical</i> .....	15
3. Les besoins des femmes et des parents lors de la maternité .....	17
4. Une naissance instrumentalisée ou une vision et une approche de la maternité plus physiologique ? Le point de vue des physiologistes. ....	19
5. Qu'est-ce que l'accompagnement global de la maternité (AGM) réalisé par les sages-femmes libérales ? .....	22
5.1. <i>L'accompagnement</i> .....	22
5.2. <i>La globalité</i> .....	23
5.3. <i>L'accouchement à domicile</i> .....	24
6. Quelques exemples d'AGM en Europe et dans le monde .....	27
6.1. <i>L'expérience néerlandaise</i> .....	27
6.2. <i>Cas particulier : l'organisation périnatale en Grande-Bretagne</i> .....	29
6.3. <i>Le modèle de pratique des sages-femmes au Canada</i> .....	30
<b>Chapitre II : Matériel et méthode.....</b>	<b>32</b>
1. Type d'étude.....	32
2. Recueil des données.....	32
3. Populations étudiées.....	33
3.1. <i>Population exposée</i> .....	33
3.2. <i>Population non-exposée</i> .....	33
4. Indicateurs étudiés.....	34
5. Analyse statistique .....	34

<b>Chapitre III : Présentation des résultats</b> .....	<b>35</b>
1. Caractéristiques socio-économiques maternelles .....	35
2. Caractéristiques morphologiques maternelles.....	39
3. Déroulement de la grossesse.....	40
4. Déroulement de l'accouchement.....	45
5. Transfert et pathologie .....	52
6. Suites de couches.....	54
7. Caractéristiques néonatales.....	54
<b>Chapitre IV : Analyse, discussion, propositions</b> .....	<b>58</b>
1. Analyse critique de l'étude .....	58
2. Analyse des résultats.....	58
2.1. <i>Descriptif de la littérature</i> .....	58
2.2. <i>Profil des patientes</i> .....	59
2.3. <i>Indicateurs de santé et prévention en période prénatale</i> .....	60
2.4. <i>Surveillance prénatale</i> .....	61
2.5. <i>Surveillance du travail</i> .....	61
2.6. <i>Interventions médicales</i> .....	62
2.7. <i>Résultats maternels</i> .....	65
2.8. <i>Résultats périnataux</i> .....	67
2.9. <i>Constatations après analyse des résultats</i> .....	68
3. Discussion, proposition et perspectives.....	69
3.1. <i>Optimiser l'accompagnement global de la naissance</i> .....	70
3.2. <i>Réflexions sur l'optimisation de la pratique hospitalière et les taux d'interventions médicales</i> .....	71
3.3. <i>Réflexions sur l'optimisation de la pratique de l'accouchement à domicile</i> .....	73
3.4. <i>Réflexions sur le rôle des sages-femmes</i> .....	75
3.5. <i>Réflexions sur l'impact économique</i> .....	76
Conclusion.....	77
Bibliographie.....	79
Annexes.....	84

## Glossaire

AAD : accouchement à domicile

AGM : accompagnement global de la maternité

AHP : accouchement hospitalier prévu

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANSFL : association nationale des sages-femmes libérales

AUDIPOG : association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie

CHU : centre hospitalier universitaire

CIANE : collectif inter-associatif autour de la naissance

CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français

EGN : états généraux de la naissance

ERA : équipe responsable à l'accouchement

HAS : haute autorité de santé

OMS : organisation mondiale de la santé

RCF : rythme cardiaque fœtal

RUM : résumé d'unité médicale

SFL : sage-femme libérale

UNSSFF : union nationale des syndicats de sages-femmes françaises

## Introduction

La question de la maternité est un moment clé de la vie pour une femme, un homme, des parents. Cette période propice au développement et à l'avenir d'un bébé est un prélude à jamais en mémoire.

Ce passage important de la vie, lors de la naissance de l'enfant, auquel fait suite une longue période de découvertes et d'apprentissages, pour devenir un être humain sujet et acteur de sa vie, est une opportunité de changements pour chaque personne, autour de cet enfant. Cette étape de vie peut permettre aux femmes, aux enfants, aux hommes, de trouver dans ces moments privilégiés, les éléments contributifs à leur propre santé.

La santé n'est plus une lutte contre, mais un état mouvant à promouvoir par une attitude active, une implication de la personne au cœur de sa santé, lui permettant de chercher et de trouver ses propres solutions.

En attribuant à chacun, la responsabilité de sa propre santé et de la maternité, dans un mouvement dynamique et évolutif, cette approche tient compte des aspects multiples contribuant à ce qu'une personne soit et se sente en bonne santé, tout au long de la grossesse.

Cela invite à penser la maternité dans toute sa complexité. Pour certaines femmes, le respect de cette complexité et la satisfaction émanant de cette expérience unique, apparaît indissociable d'un accompagnement global de leur grossesse par un seul et même professionnel médical de confiance.

La question qui se pose alors, pour les couples, est celle du respect de ce lien personnalisé, mis en place en prénatal, au cours de l'accouchement en centre hospitalier, et de la difficulté actuelle à mettre son enfant au monde dans un lieu chaleureux et intime au sein de l'hôpital.

L'accompagnement de l'accouchement à domicile apparaît aujourd'hui être une alternative, et se voit proposé par une cinquantaine de sages-femmes libérales, plus ou moins bien réparties sur le territoire français en 2008.

Autrefois la règle, l'accouchement à la maison a été abandonné par les femmes à partir des années 50 au profit des maternités, qui offraient convivialité et repos gratuit à toutes, grâce à la sécurité sociale.

Aujourd'hui, on dénombre officiellement environ 1% des naissances qui ont lieu à domicile, y compris les naissances inopinées non surveillées. La naissance à domicile dite naturelle, n'est donc plus un fait anecdotique en France.

Cette pratique de la naissance à domicile n'est pas jugée sécuritaire par l'opinion publique. Pour autant, peut-on écarter le fait, que des études montrent que les naissances prévues à domicile, pour les femmes à bas risque obstétrical dans les pays industrialisés, et où la profession de sage-femme est bien intégrée au système de santé, sont associées au même niveau de sécurité que les accouchements de faible risque ayant lieu en centre hospitalier?

On peut alors questionner de nouveau le rôle de la sage-femme dans le suivi d'une grossesse, dite à bas risque aujourd'hui dans le système périnatal français, et par là même s'interroger sur la place laissée à l'exercice libéral, pour réaliser un accompagnement global cohérent de la maternité, incluant la pratique des accouchements.

L'objet de ce travail est de tenter de répondre à ce questionnement, à partir d'une étude comparative sur les résultats maternels et périnataux, de deux populations à bas risque, ayant planifiées leur lieu d'accouchement, l'une à domicile, l'autre en milieu hospitalier.

# Chapitre 1 : Généralités

## 1. La sage-femme et sa pratique

### 1.1. Les compétences de la sage-femme

Le code de la santé publique dit ceci : « Sage-femme: profession médicale à compétence limitée. ». Une sage-femme commente cette définition : « Ne pas outrepasser ses compétences, c'est également connaître et occuper tout son terrain et défendre ses frontières. » L'auteur de ces lignes exprime son désir de garder liée autonomie et compétences : à la sage-femme l'accouchement normal, la physiologie, l'eutocie ; au médecin l'accouchement difficile, la dystocie, la pathologie. [1], [2].

La profession de sage-femme fait l'objet d'une définition internationale, ratifiée par la Confédération Internationale des Sage-femme (ICM), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) en 1992. Cette définition a été acceptée par la France et le Royaume-Uni. [3]

*"Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes, et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins, et les conseils à la femme enceinte, en travail et en post-partum, d'aider lors de l'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.*

*Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin, et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin.*

*Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais aussi pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins donnés à l'enfant.*

*La sage-femme peut pratiquer son métier en milieu hospitalier, en maternité, en unité de soins, à domicile ou dans d'autres services."*

La profession de sage-femme au sein de l'Europe, est réglementée par la Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. [4]

Le Code de la Santé publique définit ses compétences dans l'article L4151-1 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004. L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement. Depuis la loi du 9 août 2004, les sages-femmes sont habilitées à assurer le suivi complet des grossesses normales, en pratiquant tous les examens prénataux, y compris la déclaration de grossesse ; elles peuvent également pratiquer l'examen postnatal si la grossesse a été normale. [1]

Cependant dans les établissements (structures hospitalières ou cliniques), les sages-femmes sont souvent astreintes à un seul des aspects de la profession (consultations, salle de naissance, suite de couche, diagnostic prénatal...). Il est rare, voire improbable, qu'elles puissent suivre pendant dix mois, la grossesse, l'accouchement et le post-partum d'une même patiente. Seule la sage-femme libérale a la possibilité de le faire.

Les sages-femmes libérales assurent en effet différentes activités : consultations prénatales, préparation à la naissance, surveillance des grossesses pathologiques à domicile, surveillance des suites de couches à domicile, consultation d'allaitement, rééducation périnéale. Elles peuvent proposer un suivi complet du début de la grossesse à la fin. Seules quelques-unes font le choix de proposer un suivi global, avec l'accouchement à domicile ou en plateau technique.

## 1.2. Démographie des sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales représentaient 14% du nombre de sages-femmes en activité, installées en cabinet, en groupe ou indépendantes en 2004. Parmi les 1200 sages-femmes libérales en 1985, 50 assuraient des suivis complets de la grossesse avec pratique de l'accouchement. Avec un effectif de plus de 3 000 sages-femmes libérales aujourd'hui (chiffres de l'INED, ONDPS), ce ne sont probablement toujours que 50 à 60 sages-femmes qui effectuent un suivi global en France avec accouchement à domicile, et 90 si l'on inclut celles qui ont accès à un plateau technique.

Tableau : Evolution des effectifs des sages-femmes libérales françaises entre 1974 et 2004.

Année	Nombre total de sages-femmes	Nombre de sages-femmes libérales	Pourcentage de sages-femmes libérales
1974	8 374	2 345	28%
1980	8 479	1 774	20.9%
1985	9 725	1 202	12.4%
1989	10 210	1 151	11.3%
1993	-	-	9.9%
1997	13 500	1 168	8.7%
2002	15 596	1 624	10.4%
2004	16 134	2 260	14%

(Données issues du recensement effectué par les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-femmes)

Les sages-femmes proposant l'Accompagnement Global de la Maternité (AGM) ne sont pas représentées dans toutes les régions de France. Elles sont absentes dans huit régions, et sont en nombre inférieur à cinq, dans neuf régions. Elles sont au moins une dizaine en Rhône-Alpes (16), Ile-de-France (13) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (10).

## **2. Le constat à propos de la maternité en France**

### ***2.1. Les indicateurs de mortalité maternelle et périnatale [5], [6]***

Lors de la conférence de consensus de décembre 1998, conduite par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français en collaboration avec l'Ecole Nationale de Santé Publique, à propos de la « prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque », un constat avait été fait devant les chiffres peu satisfaisant obtenus en France concernant la mortalité maternelle et périnatale et ce, malgré le développement des techniques, en comparaison avec d'autres pays de même niveau économique.

Déjà en 1994, la France se situait, avec une mortalité maternelle de 11.5 décès pour 100 000 femmes, au 10<sup>ième</sup> rang en Europe. (CNGOF 99). A l'inverse des autres pays européens, la France est le seul pays qui ne dispose pas de données systématiques pour toutes les naissances. Malgré cela, son recueil de données est exhaustif et fiable concernant les morts maternelles. Ces données sont également de bonne qualité sur les indicateurs périnataux et maternels, à partir des Enquêtes nationales périnatales. Cependant, ces données sont disponibles de manière irrégulière, les années où l'enquête a eu lieu (1995, 1998, 2003) ; la prochaine enquête est prévue en 2009.

En 2003, l'évolution des indicateurs de santé était assez inquiétante. Le taux de mortalité périnatale avait peu diminué depuis 1998 (moyenne de 10.5 décès pour 100 000 naissances vivantes), avec de fortes différences entre les régions.

### ***2.2. Les objectifs des politiques de périnatalité [3-13]***

Depuis plus de vingt ans, le principe qui a guidé les politiques liées à la périnatalité est le suivant : la médicalisation de l'accouchement est le moyen privilégié permettant d'améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant.

Cette médicalisation est basée sur un postulat partagé par la plupart des obstétriciens, à savoir que tout accouchement est potentiellement à risque, que la survenue d'un problème est imprévisible et peut nécessiter une intervention sans délai sous peine de dommages irréparables. (Rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) paru en 1994)

Partant de là, assurer la sécurité revient à concentrer les moyens humains (anesthésiste, pédiatre, obstétricien en permanence accessibles) et techniques (normes obligatoire de personnel, de locaux et d'équipement applicable dans les maternités publiques et privées, HCSP, 1994). Cette politique s'est traduite sur le plan organisationnel par :

- **Le plan périnatalité 1995-2001**

Ce plan fixe alors quatre grands objectifs : diminuer la mortalité maternelle de 30%, abaisser la mortalité périnatale de 18%, réduire l'hypotrophie de 25%, et réduire de 50% le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse.

Il prévoyait la concentration du personnel et des moyens dans de grandes unités hospitalières, et par voie de conséquence, le regroupement des lieux de naissance, et la fermeture d'un grand nombre d'établissements de petites dimensions. Nous sommes ainsi passés de 815 maternités en 1997 à 611 en 2004 et le mouvement se poursuit.

- **Les ordonnances de 1996 et le décret sur la sécurité périnatale du 9 octobre 1998 [10]**

Ils préconisent l'organisation de réseaux de soins en périnatalité, ayant pour objectif d'adapter les structures de soins aux impératifs de sécurité sanitaire, par spécialisation des établissements et services, en niveaux techniques de soins, et coordinations formalisées de ces différents niveaux entre eux.

Ces textes ont instauré une politique de régionalisation des soins périnataux, qui a pour objectif l'orientation des femmes enceintes en fonction de leur « niveau de risque », vers des maternités disposant de l'environnement médical, maternel, et pédiatrique nécessaires à leur prise en charge : orientation des femmes à risque d'accouchement prématuré vers les maternités dites de niveau III (maternités ayant un service de réanimation néonatale au sein de l'établissement), ou de niveau II (maternités ayant des soins intensifs en néonatalogie sans réanimation), et orientation des femmes à « bas risque » vers les maternités de niveau I (maternités sans service de néonatalogie).

- **Le plan de soutien à la périnatalité et les conclusions de la mission périnatalité [11]**

Le 10 mars 2003, Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, propose un plan, où il fait part de son soutien aux professionnels de la naissance.

Il constate la lenteur de la recomposition hospitalière, la rigidité du mode de financement et des conditions d'emplois, qui mettent en difficulté les professionnels dans leur exercice quotidien. Cette mission a été mise en place pour permettre d'engager des actions à moyen terme. Elle a permis de dégager vingt propositions dont les deux suivantes :

- **Proposer une nouvelle politique périnatale**, en différenciant la prise en charge du « bas risque » et du « haut risque » périnatal. En partant du constat, que certaines techniques peuvent avoir un effet iatrogène lorsque la grossesse et l'accouchement sont physiologiques, le plan prévoit que les professionnels modifient leurs pratiques, en abandonnant celles non-indispensables (de routine). Il souligne également « l'importance du suivi personnalisé, privilégiant la continuité, l'idéal étant un suivi allant de la déclaration de grossesse à l'issue de l'allaitement ».

- **Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance** en détectant dès le début de la grossesse le caractère physiologique, en informant la patiente sur l'offre de soins périnatales, et en évaluant le risque psychosocial, afin qu'elle puisse choisir le mode de prise en charge de la grossesse qu'elle souhaite, entre le secteur public ou libéral.

Il souligne que « la possibilité de l'accouchement à domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité ».

Il estime également, que conformément à la loi du 4 mars 2002, le principe du libre choix par les patientes de leur praticien doit être respecté, permettant la prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes libérales.

- **Le plan périnatalité 2005-2007 : « humanité, proximité, sécurité, qualité » [12]**

Les objectifs principaux de ce plan à atteindre en 2008, étaient de réduire la mortalité périnatale à un taux de 5.5 pour 1000, et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000 naissances vivantes.

Les points forts de ce plan sont : plus d'humanité, plus de proximité, plus de sécurité et plus de qualité. Les mesures préconisées visent à améliorer la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Elles visent également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Voici quelques-unes de ces mesures :

- Mettre en place l'entretien individuel du 4<sup>e</sup> mois, et accentuer la collaboration médico-psychologique en maternité.
  - Assurer une plus grande participation des usagers et des professionnels à la définition et l'évaluation de la politique périnatale, avec création d'une « commission nationale de la naissance » (CNN).
  - Garantir une information précise et optimale aux usagers, sur les modalités de prise en charge offertes au sein de chaque maternité.
  - Elargir les compétences de la sage-femme (déclaration de grossesse, examen post-natal).
- **Les recommandations de l'HAS de mai 2007** [13], à propos du suivi et de l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.

Les objectifs de ces recommandations, sont d'aider au suivi de la grossesse normale, et d'améliorer l'identification des situations à risques de complications, avec pour principe, que la surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive. Différents suivis et demandes d'avis sont proposés :

- Suivi A : pour des grossesses de déroulement sans risque identifié, ou des situations d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut-être assuré par une sage-femme ou un médecin, selon le choix de la femme.
- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est **conseillé**.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est **nécessaire**. L'avis d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- Suivi B : lorsque les situations sont évaluées à risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Ces recommandations sont difficilement applicables. Elles n'abordent ni les conduites thérapeutiques à mettre en place en cas de survenue d'une situation à risque, ni les modalités du suivi, le choix des structures et lieux d'accouchement, à adapter dans le cas des grossesses présentant un haut niveau de risque, ni les situations à risque pouvant survenir durant l'accouchement, et imprévisibles avant le début du travail.

### **2.3. La crise de la périnatalité en France autour des grossesses à bas risque obstétrical [14], [15]**

L'obstétrique française définit la grossesse à bas risque, par élimination du haut risque à posteriori : la grossesse est considérée "à bas risque", en l'absence de complications anténatales, si l'enfant est né à terme, bien portant, si l'accouchement a eu lieu par voie basse spontanée, et si le post-partum s'est déroulé dans la physiologie (durant les six semaines après l'accouchement). [14]

Le bas risque est désigné par élimination du haut risque, donc par défaut (notion quantitative et évolutive). Une grossesse à haut risque peut finalement être normale, et inversement, une grossesse à bas risque peut finalement être pathologique.

La question de la définition d'une grossesse "normale" oppose deux conceptions chez les obstétriciens :

- l'exclusion de la pathologie
- la grossesse comme un événement majoritairement physiologique en pratique, au cours de laquelle peut survenir une pathologie

En 1994, le Haut Comité de la Santé Publique définit l'accouchement ainsi : "L'expulsion est la période la plus dangereuse, en raison de la fréquence accrue des perturbations circulatoires materno-fœtales : augmentation parfois excessive de la pression intra-utérine, compression de la tête fœtale, compression ou étirement du cordon, qui peut conduire à la mort fœtale en 4 ou 5 minutes (dans 3 accouchements pour 1 000 environ). Il apparaît qu'il y a un intérêt à raccourcir la période d'expulsion à moins de 20 minutes. [...] Si parfois les risques sont prévisibles, ils surviennent le plus souvent de façon totalement inattendue au cours d'accouchements *à priori banals*." [14]

Le suivi médicalisé est alors justifié par deux composantes de la gestion du risque : son anticipation (examens médicaux obligatoires durant la grossesse) et son caractère imprévisible (accouchement protocolisé).

L'élargissement du dispositif de surveillance repose sur l'instabilité des frontières entre le physiologique et le pathologique. C'est l'une des difficultés de l'exercice, une autre étant due au poids croissant du médico-légal. Le suivi des grossesses tout niveau de risque confondu, devient alors stéréotypé.

D'autre part la considération de la variable temps, lors du déroulement du travail, comme un facteur de risque et un obstacle à l'organisation institutionnel pousse à la technicisation du travail.

Selon J. Lavillonnière, « Il n'est plus laissé aux mères le temps de mettre au monde, sans que de façon non justifiée, il ne soit imposé une intervention visant à réduire le temps de travail ou d'enfantement. Et pourtant nous avons actuellement les moyens de surveiller l'état de l'enfant, la puissance des contractions, leur efficacité, ce qui devrait logiquement nous apporter un certain confort dans l'attente sereine que le travail s'accomplisse sans brutalité. »

### **3. Les besoins des femmes et des parents lors de la maternité [16-20]**

Les enjeux actuels autour de la naissance sont de grande ampleur : économiques, sociaux, culturels, enjeux de santé publique, d'organisation hospitalière et médicale, mais aussi, enjeux d'accès aux droits, et de respect des droits de chaque citoyen.

Les seuls points de vue technique et organisationnel ne sont plus suffisants pour gouverner les choix.

Selon Paul Cesbron, "toute grossesse doit être suivie, accompagnée, hors ou dans l'hôpital, qu'importe, et soutenue, avec pour principal objectif de donner aux futurs parents le goût d'une naissance respectée et non dirigée..." [16]

Il est essentiel de privilégier les dimensions sociales et humaines, les aspirations et les besoins globaux des populations, les observations et revendications des utilisateurs, protagonistes directs du système de la naissance.

Notre système d'accompagnement doit d'abord répondre aux attentes des femmes et des couples, en prenant en compte le fait que la naissance d'un enfant n'est pas un acte technique, mais un événement unique et fondateur, avant tout humain, affectif et social. Des associations d'usagers, de parents, de citoyens, et des associations familiales, telle que la Fédération Nationale de Parents (Naissance et Liberté), ont décidé de s'organiser en force de propositions, pour œuvrer à l'amélioration des conditions de naissance, en se faisant entendre dans les maternités, dans les réseaux périnataux, dans les commissions régionales de la naissance, à la Haute Autorité de Santé (HAS), au Ministère de la santé et auprès des parents et futurs parents eux-mêmes.

Le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), qui compte déjà près d'une quarantaine d'association, a été créé à l'occasion des Etats généraux de la naissance en juin 2003 organisés par le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF). Voici les 10 principales propositions formulées par le CIANE, après analyse des problèmes rencontrés par le système périnatal français, [17] :

1. Donner d'avantage de choix aux femmes qui mettent au monde un enfant, en diversifiant l'offre existante.
2. Promouvoir les formules permettant un accompagnement le plus global et le moins morcelé possible.
3. Encourager l'autonomie et favoriser la responsabilisation des futurs parents.
4. Respecter les usagers et appliquer leurs droits.

5. Respecter le déroulement physiologique de la majorité des naissances
6. Proposer de maîtriser ou supprimer la douleur
7. Améliorer l'accompagnement des grossesses et/ou des naissances difficiles,
8. Former suffisamment de professionnels, redéfinir leurs attributions et améliorer leur répartition,
9. Favoriser la participation des usagers à tous les niveaux,
10. Développer les évaluations et les comparaisons internationales.

Actuellement, le choix du lieu de naissance devrait pouvoir être fonction essentiellement :

- des préférences de la femme et/ou du couple,
- du lieu d'habitation et des structures en place
- du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal)

Il reste dépendant malgré tout de la sensibilité du professionnel médical choisi par la femme, et influencé par l'entourage relationnel.

Selon le rapport du National Birthday Trust Fund, les raisons qui motivent le choix des femmes et des couples pour un accouchement hospitalier, sont la sécurité physique, le besoin de se sentir en sécurité quoiqu'il arrive pour 60%, la présence 24h/24 d'aide compétente pour 16%, le besoin d'être prise en charge pour 15%. Et également le besoin de retrait de la vie quotidienne, la peur d'une complication, un accouchement hospitalier bien vécu pour chacun (6% des femmes et des couples interrogés), et le besoin de repos et d'analgésie pour 5%.

On retrouve aussi dans le rapport du National Birthday Trust Fund, les motivations de la décision prise par les femmes et les couples d'être accompagné pour donner naissance à domicile :

30% évoquent l'intimité, le respect, 25% le côté pratique, commode, la présence de la famille, 24% une réduction du stress, un meilleur contrôle et une meilleure implication, 11% un accouchement hospitalier mal vécu, 10% un précédent AAD bien vécu, 10% la peur de l'hôpital, le rejet des protocoles et règlements, 4% la continuité des soins et l'accompagnement global. [18]

Les femmes énoncent également l'importance de l'autonomie, de donner du sens à ce qui va se vivre, la notion de rite initiatique, de passage.

En 1998, dans une thèse de médecine réalisée par A. Théau intitulée : « L'accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français ? », est évoqué le fait que 5 à 10% des femmes françaises, soient 40 000, pourraient être

concernées par le choix d'une naissance à domicile comme lieu d'accouchement, ce qui ne peut être négligé. [19]

De plus, dans une étude parue en 2000, les résultats de l'enquête réalisée en région parisienne, révèlent que 56% des femmes interrogées auraient souhaité que l'accouchement à domicile leur soit proposé, même si seulement 2% considéraient celui-ci effectivement envisageable pour la grossesse en cours. [20]

#### **4. Une naissance instrumentalisée ou une vision et une approche de la maternité plus physiologique ? [21-23]**

Que signifie naissance « naturelle » dans la France du « troisième millénaire » ?

La réponse ne semble pas simple. Le rapport au corps est fortement dépendant de la vision de la médecine contemporaine. Les consignes médicales régulent la vie dès l'enfance. La vie de la majorité de la population est jalonnée par une sorte d'échéancier médical, de constat de bonne santé, ou de santé à parfaire. C'est une réalité encore plus évidente pour les femmes, leurs corps faisant l'objet de diverses investigations et relevant de plusieurs spécialités.

Est-ce alors possible pour la majorité d'entre elles, de mettre au monde leurs enfants, sans l'omniprésence médicale sécuritaire ? Il ne s'agit pas de revenir en arrière, des progrès énormes, des connaissances sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sont acquises.

Depuis les années 1970, des courants humanistes portés par des médecins comme Michel Odent, Frédéric Leboyer, Paul Cesbron ... apparaissent. Ils veulent défendre la capacité de la femme et de son corps à accoucher, en laissant la physiologie guider le travail, le droit à l'intimité, au respect de la femme, du couple et de l'enfant, avec un accueil dans le calme.

Les physiologistes étudient les fonctions corporelles, ce qui est universel, transculturel. Ce qui est "normal" n'est pas forcément physiologique, il y a une connotation culturelle dans la normalité.

Pour redécouvrir les besoins de base de la femme qui accouche et du nouveau-né (en opposition aux accouchements « contrôlés » par les milieux culturels), Michel Odent propose de revenir à l'étude de la physiologie : « elle est une référence, une ligne idéale

de conduite dont on ne devrait pas trop dévier. Il est important lorsqu'on en dévie (toujours plus ou moins), au moins d'être conscient de cette déviation. »

En effet, les structures cérébrales archaïques (l'hypothalamus et les glandes hypophysaires) sont très actives pendant l'accouchement, pour sécréter les hormones nécessaires à celui-ci (dont l'ocytocine, les endorphines...).

Le néocortex, cerveau de l'intellect hautement développé chez les humains, est, quand à lui, responsable des inhibitions pendant l'enfantement.

La réduction de l'activité du néocortex, est traduite par la modification du niveau de conscience, à un moment donné du travail d'une femme qui accouche sans médicaments (comportement inacceptable socialement : cri rauque, position quadrupédique, animale...). Ce phénomène est le plus important : une femme en travail a, avant tout, besoin d'être protégée contre la stimulation de son néocortex afin de préserver la physiologie de celui-ci.

La mise en activité de cette structure est directement dépendante d'un certain nombre de facteurs environnementaux (les questions précises, la lumière vive, le fait de se sentir observé, les sécrétions d'adrénaline...).

Grâce au silence et à la pénombre, la femme pourra, sous l'effet des endorphines, lâcher prise, et récupérer entre les contractions, voire dormir et pouvoir gérer les contractions sans besoin d'analgésie.

L'hormone clé de l'accouchement, nécessaire à la naissance du bébé, aux contractions utérines et à la délivrance du placenta, est l'ocytocine. Sa libération est également dépendante des facteurs cités plus haut, mais aussi d'un climat de sécurité affective et de chaleur.

La sensation d'être observée, l'intrusion dans l'intimité, la peur, le froid tout simplement, entraînent une mise en alerte du néocortex, par la sécrétion de catécholamines, dont l'adrénaline. Or celle-ci est antagoniste de l'ocytocine, et permet de déduire le schéma simple suivant : en diminuant, voire arrêtant la libération d'ocytocine, l'adrénaline entraîne un ralentissement ou un arrêt du travail.

Les conditions qui favorisent le bon déroulement de l'accouchement et de la délivrance, en n'inhibant pas les processus hormonaux sont : chaleur, lumières douces tamisées, soutien bienveillant et discret des personnes présentes, respect de la femme et de son intimité, autorisation de la femme avant une quelconque intervention ou examen, explication claire de toute intervention, ambiance de patience et de confiance.

Dans le contexte scientifique actuel, après des millénaires d'accouchements contrôlés par les milieux culturels, il n'est pas complètement utopique de redécouvrir les besoins de base de la femme qui accouche, même si c'est difficile.

En effet, aujourd'hui, le taux de femmes qui mettent au monde leur bébé et le placenta uniquement grâce à leurs hormones, est proche de zéro. La plupart ne sont pas dans un environnement qui leur facilite la libération naturelle de ces "hormones timides", ceci expliquant le recours aux substituts pharmacologiques aux hormones naturelles.

Si 80% des femmes abordent l'accouchement avec un pronostic favorable, il n'y a aucune raison de les prendre en charge dans des structures prévues pour des accouchements à risques, sauf d'induire ce risque par un excès d'interventionnisme perturbant le métabolisme des hormones naturelles.

## **5. Qu'est-ce que l' « accompagnement global de la maternité », réalisé par les sages-femmes libérales ? [24] [25]**

Au cours des 20 dernières années, le métier de sage-femme s'est transformé et renouvelé dans de nombreux pays. Les femmes réclament que le processus de la naissance soit confié à des sages-femmes, et qu'il soit créé ensemble un nouveau modèle de pratique, inspiré d'une philosophie qui considère la grossesse comme un état de santé, l'accouchement comme un processus physiologique normal, et les sages-femmes et les femmes comme des partenaires égaux. (Newby, 1990; Donley, 1993), [25]

L'accompagnement global de la maternité est défini par l'ANSFL en 2002 de la manière suivante : « *un seul praticien assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, la préparation à la naissance, la surveillance et la responsabilité de l'accouchement, et les soins postnatals de la mère et de l'enfant* ». (Lavillonnière 2002, présidente de l'ANSFL).

### **5.1. L'accompagnement [24]**

Ce terme n'est pas laissé au hasard et s'inscrit dans une volonté d'opposition à la formule de « prise en charge » de la femme, permettant un suivi du parcours de la femme, tout en la laissant maîtresse de l'orientation de celui-ci.

Le but premier de cette démarche est de permettre aux parents d'être acteur de la naissance de leur enfant.

Le second objectif est d'accompagner la femme enceinte vers le vécu d'une maternité choisie, autonome, et responsable, grâce à la confiance de la sage-femme dans les capacités de la femme et du couple à être de bons parents pour leur enfant. Un accompagnement singulier met en valeur leurs propres ressources psychiques et physiques.

Dans la perspective, où la majeure partie des pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement sont prise en compte grâce à des améliorations techniques, l'accompagnement global permet de veiller à ce que ces techniques ne comportent pas en elles-mêmes des composantes anxiogènes, vecteurs de pathologies induites.

La grossesse n'est pas une maladie, dit-on couramment avec pertinence. Et la première pathologie qui guette une femme qui enfante est le stress induit. La présence d'une personne de confiance, connue, dans un environnement familial, permet de garantir une sécurité physique apparemment non négligeable, due à la sécurité affective, émotionnelle et psychologique qu'elle génère.

## **5.2. La globalité**

Ce terme s'oppose au morcellement, il revêt plusieurs sens : il sous-entend une continuité chronologique de l'accompagnement par une même sage-femme, mais évoque également la reconnaissance d'une multiplicité de facettes à l'évènement de la naissance.

Cette philosophie reconnaît l'accouchement comme élément majeur survenant dans le contexte social de la vie d'une femme, d'où la nécessité pour les sages-femmes de prendre en compte les aspects sociaux, culturels, spirituels, physiques et psychologiques lors de la grossesse et de l'accouchement de la femme.

Cette philosophie assimile également la sage-femme à un soignant référent autonome. C'est une distinction importante, qui reconnaît l'expertise et les compétences de la sage-femme. L'importance d'une pratique autonome est directement liée à la capacité de la sage-femme à respecter, à promouvoir et à faciliter les choix des femmes en matière de soins.

En tant que soignant référent, la sage-femme peut dispenser des soins dans tous les contextes (hôpital, domiciles et centres de naissance) en fonction du choix de la femme. Ce modèle d'exercice du métier est compatible avec la définition internationale de l'OMS.

Les moyens mis en œuvre par les sages-femmes libérales, pour permettre cet accompagnement, sont, d'une part, le partage des connaissances et la transmission d'informations adaptées à la demande des couples. Le suivi prend en compte le fait que le corps « sait », en mettant en avant la connaissance intime que les femmes ont de leur corps et le savoir acquis par leurs expériences vécues.

Le suivi médical de la grossesse respecte les dispositions législatives appliquées également en maternité (7 consultations prénatales obligatoire dont la déclaration de grossesse). Il s'organise autour d'un partenariat cohérent et nécessaire pour assurer la sécurité médicale de la mère, et de l'enfant à venir. Ainsi la sage-femme est en lien avec

les gynécologues-obstétriciens, à qui elle peut adresser ses patientes en cas de nécessité, ou si le couple le souhaite.

Ses autres partenaires sont le médecin généraliste, les laboratoires, l'échographiste, l'ostéopathe, les psychologues, les diététiciens, les sages-femmes et puéricultrices de PMI (protection maternelle et infantile), le pédiatre et les autres sages-femmes (libérales et de la structure de référence).

### **5.3. L'accouchement à domicile, [26-29]**

#### *5.3.1. Opinion public et recommandations*

En 2006, le nombre de naissance en France, est évalué à 797 000. Sachant que le taux d'accouchement à domicile est d'environ 1% par an, on peut donc en déduire le caractère non exceptionnel de ceux-ci (environ 8 000).

L'accouchement à domicile est porteur d'une image de danger, de risques difficilement supportables dans notre société. Si cette potentielle dangerosité n'était plus si probante, elle remettrait en cause la pratique hospitalière et questionnerait chaque professionnel ayant choisie celle-ci.

Aujourd'hui battues en brèche par une campagne de désinformation, les études sur l'AAD ont été critiquées comme étant de trop faible amplitude, pour évaluer exactement la mortalité périnatale, mais aussi incapable de distinguer les naissances préparées et prévues pour avoir lieu à domicile, de celles ayant eu lieu inopinément à la maison.

D'un côté le personnel médical hospitalier énonce le risque important pour la femme et l'enfant de complication imprévisible, de transfert dans l'urgence, de rallongement du délai de traitement.

De l'autre, les associations telles que L'Association Nationale des Sages-femmes Libérales et l'Union Nationale des Syndicats de Sages-femmes Françaises, se battent contre une déshumanisation de la naissance, à l'heure où la prise en charge des grossesses et accouchement se surmédicalisent sans cesse : les taux de péridurales, de déclenchements, d'interventions instrumentales, de césariennes, sont toujours en augmentation.

Elles regrettent la "*dénonciation des accouchements à domicile, alors que la sécurité en est assurée s'ils sont préparés et pratiqués par des sages-femmes compétentes, pour prendre en charge l'ensemble des actes autour d'une naissance physiologique, et en*

*déterminer les éventuelles contre-indications." (Communiqué commun de l'ANSFL et de l'UNSSF adressé aux médias dénonçant la désinformation sur l'AAD)*

Les deux arguments sont donc, pour les uns le risque de retard de prise en charge de complications graves, et pour les autres les risques de iatrogénicité dus à une médicalisation à outrance de l'accouchement physiologique.

Pour l'OMS : « *La communauté dans son ensemble, devrait être informée des diverses formes de soins liées à l'accouchement, afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.* » [27]

En 1998, le Parlement Européen a rédigé une Charte des Droits de la Parturiente (Annexe 1) qui demande, entre autre, que les femmes aient le choix du lieu d'accouchement et de ses modalités (positions), qu'elles aient un accompagnement lors d'un AAD.

Il demande également que les institutions concernées encouragent et diffusent la connaissance des pratiques de l'AAD. Cette charte n'a toujours pas été ratifiée par la France.

### *5.3.2. Une organisation simple*

Afin de donner aux usagers la garantie d'une sécurité optimisée, l'ANSFL propose un référentiel de bonne pratique dans la charte de l'accouchement à domicile. (Annexe 2)

Le principe est simple : la démarche initiale provient du désir du couple. Avant de s'engager dans une naissance à domicile, la sage-femme analyse l'ensemble des composantes médicales, familiales et sociales de la situation.

L'accouchement et le suivi post-natal doivent-être réalisé par la sage-femme qui a assuré le suivi de la grossesse, il ne peut s'envisager que pour une grossesse physiologique chez une femme en bonne santé.

Les moyens utilisés sont avant tout, la mise en valeur des propres compétences de la femme, ainsi que les savoirs faire liés à l'expérience de chaque sage-femme.

Le matériel nécessaire est minimal :

- boîte d'accouchement contenant 2 pinces Kocher et une paire de ciseaux
- boîte d'instruments de suture (pince, porte-aiguille, ciseaux, fils à sutures)
- gants et doigtiers stériles
- anesthésique local
- sonde vésicale

- matériel à aspiration de mucosités pour le nouveau-né (usage unique avec réservoir incorporé pour analyse)
- oxygène avec masque nouveau-né et adulte
- pèse-bébé
- matériel pour poser un abord veineux en cas de nécessité (cathéter, tubulure, soluté isotonique de remplissage), en attente d'un transfert.
- Syntocinon® (à n'utiliser qu'après évacuation de la cavité utérine)

Il est optimal d'avoir l'équivalent en réserve pour pouvoir faire face à 2 accouchements successifs sans stress.

La sage-femme doit s'assurer de l'existence d'un confort minimal au domicile des parents (chauffage suffisant pour la pièce de naissance, conditions d'hygiène suffisantes...).

La femme aura pris contact au cours du dernier trimestre de la grossesse avec une structure hospitalière, afin de constituer un dossier médical, et présenter le projet du couple.

Le but de cette consultation est d'assurer un transfert dans des conditions optimales d'accueil en cas de nécessité médicale, ou de demande du couple pendant le travail ou le post-partum. La structure de transfert ne doit à priori pas être située à plus de trente minutes du domicile.

### *5.3.3. Problème de l'assurance responsabilité civile des sages-femmes [33]*

En 2002, conformément à la loi du 4 mars, les sages-femmes libérales souscrivent une assurance responsabilité civile, afin de d'apporter une garantie aux victimes des accidents médicaux, et de pouvoir indemniser ceux-ci.

Cependant, les organismes d'assurances ont refusé d'intégrer le « risque » accouchement à domicile. Ainsi, les parents qui demandent ce « service » doivent savoir qu'en cas de problème, leur recours envers la sage-femme sera limité à la hauteur des biens personnels de celle-ci.

La responsabilité et le risque accepté sont alors évalués et décidés conjointement entre les parents et la sage-femme.

## 6. Quelques exemples d'AGM en Europe et dans le monde [7], [25], [31-34]

### 6.1. L'expérience néerlandaise

Le système périnatal néerlandais est considéré comme l'un des plus performants dans le monde actuel, et moins coûteux que celui de la France. 30% des naissances ont lieu à domicile aux Pays-Bas, où cette pratique est admise par l'Etat.

L'organisation repose sur l'orientation des femmes à risques, à l'aide d'une Liste d'Indications Médicales (V.I.L. ou classification de Kloosterman, *annexe 3*), nécessitant une prise en charge hospitalière. Les sages-femmes (avec quelques médecins généralistes), assurent le suivi des grossesses normales, le dépistage, les accouchements à domicile et la surveillance post-natale. Le couple est aidé par une « assistante natale », travailleuse familiale.

Il existe 3 échelons de prise en charge : sage-femme, médecin spécialiste, médecin spécialisé exerçant dans un centre hospitalier comprenant un service de néonatalogie. [31].

120 types de situations sont discutés en fonction de 4 critères :

- 1) la nature, la gravité, et les conséquences des complications augmentant le risque obstétrical,
- 2) La possibilité de prévention des complications,
- 3) La possibilité de dépistage précoce de la survenue de ces complications,
- 4) La possibilité d'intervention en cas de complication.

Enfin, 4 situations seront déterminées pour la patiente :

- a. Elle pourra accoucher à domicile ou à la « clinique » (domicile déplacé) avec la sage-femme
- b. La concertation est nécessaire, la sage-femme demande un avis au médecin spécialiste (qui le donne au plus tard dans les 48 heures), et décide de la suite à donner ;
- c. La patiente est d'emblée suivie par le spécialiste (ex. : utérus cicatriciel) ;
- d. La situation se situe entre les points b) et c), la patiente accouche à l'hôpital sur décision de la sage-femme.

L'accouchement à domicile existe donc en Hollande, grâce à la sélection rigoureuse de femmes en bonne santé, grâce à la faible distance entre le domicile et l'hôpital, car le pays est petit (une ambulance pouvant donc intervenir en urgence dans les 15 minutes),

et par la présence permanente lors de l'accouchement d'une *Kraamverzorgster* (aide maternelle), pour accompagner la sage-femme.

Les sages-femmes hollandaises ont maintenu une pleine autonomie, elles prodiguent les soins primaires en périnatalité, alors que les obstétriciens se consacrent exclusivement aux grossesses ou accouchements à risques.

Si une femme décide de faire appel à un obstétricien, en dehors de toute pathologie, elle doit en assurer elle-même le coût. De plus, la politique des soins de santé aux Pays-Bas n'a jamais été dictée par le modèle médical (qui assez souvent, développe la croyance selon laquelle le confinement hospitalier est dans tout les cas nécessaire pour garantir la sécurité, et la pratique routinière d'interventions est à la fois nécessaire et inoffensive).

Le résultat est qu'aux Pays-Bas les femmes peuvent choisir entre le domicile ou l'hôpital, l'accouchement à domicile restant une option possible. [32]

*Tableau : Statistiques périnatales et la répartition des naissances en 2002 aux Pays-Bas*

Lieu de naissance	% des naissances de 2002		
<b>Niveau I (domicile et pôle physiologique)</b>		<b>Professionnel référent</b>	
		Sage-femme	Médecin
Accouchement à domicile	29.4%	80%	20%
Pôle physiologique (plateau technique) avec accompagnant libéral	11.2%	90%	10%
<b>Hôpital</b>		<b>Statistique de transfert</b>	
En raison d'un transfert pendant le travail	16.8%	AAD	Pôle physio
		40% des primipares	43% des primipares
		9% des multipares	19% des multipares
Décision en cours de grossesse	28.3%		
Décision en début de grossesse	14.3%		

*(Données statistiques extraites d'un article mis à disposition sur le site CIANEwiki) [33]*

Le fonctionnement du système néerlandais se caractérise donc par une séparation très stricte entre situation normale et situation pathologique, séparation qui est inscrite dans les professions et retrouvée dans la répartition des moyens techniques qui diffèrent radicalement entre les deux situations.

La frontière est gérée par la VIL qui qualifie les pathologies, et règle l'orientation des femmes. La décision d'accoucher dans un environnement médicalisé ou non n'appartient pas à la femme : il est très difficile aux Pays-Bas d'obtenir une péridurale sans pathologie, tout comme il est difficile en France d'accoucher sans monitoring, ni perfusion. [34]

**6.2. Cas particulier : l'organisation périnatale en Grande-Bretagne** [18], [25], [35], [36], [38], [39]

En 1993, un rapport au Parlement anglais, « Changer la naissance », propose une modification de l'organisation des soins, à partir du constat que l'accouchement en milieu hospitalier n'a pas prouvé sa supériorité en matière de sécurité. Les femmes ont donc le droit de choisir leur lieu d'accouchement, et l'Etat se doit de leur permettre ce choix. [35]

On observe actuellement deux révolutions dans la profession de sage-femme au Royaume-Uni, d'une part une réforme fondamentale des services de maternité vers des soins plus centrés sur la femme et sur la famille, et d'autre part une formation de niveau universitaire permettant une reconnaissance de la profession de sage-femme.

Ce nouvel art se base alors sur la capacité d'écoute des besoins individuels, et celle qui permet d'utiliser la connaissance scientifique pour assurer les meilleurs soins pour chaque femme.

L'intégration des compétences scientifiques et relationnelles propres à la profession de sage-femme, dans la pratique, sont des idées exprimées dans deux publications :

- *Changing Childbirth*, 1993, rapport proposé au Parlement anglais qui recommande « des soins centrés sur la femme et l'enfant » en introduisant plusieurs cibles à atteindre (continuité des soins, contrôle de l'évolution des soins par les femmes elles-mêmes, choix des femmes dans le déroulement de leurs soins...) [35]

- *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, (1989, Chalmers et al.), cette publication encourage la mise en place de processus d'évaluation des traitements et autres soins pour déterminer leur potentiel à être bénéfique ou nuisible. [36]

Suite à cette publication, l'OMS a établi une classification des pratiques à utiliser pendant un accouchement normal. (*Annexe 4*)

La nouvelle pratique des sages-femmes britanniques, fondées sur les données probantes de la science, s'appuie sur les principes de ces deux rapports, en énonçant cinq étapes pour cette pratique : découvrir ce qui est important pour la femme et sa famille ; utiliser l'information à partir de l'examen clinique ; rechercher et évaluer les preuves pour prendre des décisions éclairées ; discuter ; et réfléchir sur les sentiments et les choix possibles des couples et leurs conséquences.

Les nouvelles statistiques nationales notent une augmentation importante (hausse de 9.7% au total) des naissances à domicile au Royaume-Uni.

En effet en 2006, 18 953 naissances sur 741 952 au total, ont eu lieu à la maison, contre 17 277 en 2005, mais cela ne représente encore que 2.5% du nombre total des naissances. [18], [37].

Mary Newburn, responsable de la recherche en périnatalité au NCT (National Childbirth Trust), explique : « C'est très encourageant de voir que le nombre des accouchements à domicile augmente, et que les femmes et leur partenaire bénéficient d'un plus large choix. Cependant, de nombreuses femmes du Royaume-Uni rencontrent encore des difficultés pour accéder à l'accompagnement global, il y a un manque d'information manifeste pour pouvoir leur permettre de faire un choix en toute connaissance de cause sur le lieu de naissance du bébé. Le faible nombre de sages-femmes qualifiées a aussi pour conséquence que trop souvent cette option n'est même pas proposée aux femmes ou que les services proposés sont annulés à la dernière minute. »

### **6.3 Le modèle de pratique des sages-femmes au Canada [39]**

Cette profession connaît une reconnaissance nationale récente, car sa réglementation n'existe que depuis 1994. Aujourd'hui, seulement 800 sages-femmes sont enregistrées.

Sa pratique est basée sur un grand principe, qu'est leur autonomie d'exercice. En effet les sages-femmes sont prestataires de soins de santé primaires indépendants. Les femmes et les nouveau-nés pris en charge par celles-ci, ne verront un médecin que si la sage-femme demande une consultation. Les sages-femmes font partie du personnel médical hospitalier, et ont le pouvoir d'hospitaliser les femmes et de décider de leur sortie.

Les normes relatives aux soins de la pratique reposent :

- sur le choix éclairé de la mère, qui décide en premier lieu des soins qui lui sont prodigués ;
- sur la continuité des soins, en prévoyant un nombre de 4 sages-femmes différentes maximum pour réaliser les soins de la période prénatale jusqu'au post-partum ;

- enfin sur le choix du lieu de naissance, car les sages-femmes assistent les femmes à faible risque à l'endroit qu'elles ont choisi pour accoucher (à domicile, à l'hôpital, dans un centre de naissance).

Ces modèles étrangers ne semblent, à priori, pas critiquer l'aspect sécuritaire de l'accouchement à domicile. Il semble que la sécurité pour les femmes, réside plus dans les moyens organisationnels mis en œuvre autour de la maternité, que dans les moyens techniques mis à dispositions des femmes.

La reconnaissance de l'activité libérale, du suivi de grossesse et d'accouchement par les sages-femmes (à domicile et en Maison de Naissance), peut s'expliquer en Europe et en Amérique du Nord, par les résultats sécuritaires obtenus dans de nombreuses études prospectives nationales sur les accouchements prévus à domicile. La mise en œuvre d'une étude nationale sur un nombre suffisamment représentatif de dossiers d'accouchements prévus à domicile en France, semblerait une piste intéressante pour amener un questionnement objectif sur la sécurité de l'accouchement à domicile, tel qu'il se pratique actuellement.

## Chapitre II : Matériel et Méthodes

### 1. Type d'étude

Afin de montrer, que l'accompagnement global de la maternité réalisé par les sages-femmes libérales françaises, n'augmente pas les risques maternels et périnataux des patientes à bas risque obstétrical (selon les critères AUDIPOG, *annexe 5*), nous avons choisi de réaliser sur le territoire français une étude comparative de type exposé / non exposé rétrospective sur l'année 2006.

### 2. Recueil des données

Pour procéder à l'évaluation des pratiques professionnelles de ses adhérents, l'A.N.S.F.L. (Association Nationale des Sages-femmes Libérales) a constitué depuis 1997 une base de données.

Les sages-femmes libérales volontaires, pratiquant l'A.G.M. remplissent un document d'observation sur le modèle des dossiers AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie) des patientes (*annexe 6*).

Au début de chaque année, les sages-femmes concernées transmettent à l'A.N.S.F.L. l'ensemble des fiches qu'elles ont remplies pour l'année précédente, pour que l'association centralise et informatise les données.

L'association a donc mis à notre disposition les dossiers obstétricaux de l'année 2006 pour constituer notre population d'étude.

Notre population témoin a été constituée à partir des dossiers 2006 du service de gynécologie du CHU d'Angers.

Toutes les analyses ont été menées en fonction du lieu prévu plutôt que du lieu actuel de l'accouchement, parce que le transport à l'hôpital pendant le travail indique en général des problèmes existants ou anticipés.

### **3. Populations étudiées**

#### **3.1. La population exposée**

L'étude rétrospective a inclus toutes les femmes ayant bénéficiées d'un A.G.M., avec un accouchement à domicile par la sage femme qui l'a suivi entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2006 en France, et ayant été enregistrées à l'ANSFL.

##### *3.1.1. Critères d'inclusion*

- toute femme âgée de 18 à 34 ans, ayant accouché à domicile à terme, en présentation céphalique (n=82)
- toute femme ayant commencé le travail à domicile, et ayant accouché en structure médicale après transfert en cours de travail (n=15)

Les dossiers inclus dans cette étude, répondent à la charte de l'accouchement à domicile établie par l'A.N.S.F.L. (*Annexe 2*), et aux critères de grossesses à bas risque obstétrical selon AUDIPOG (*Annexe 5*).

##### *3.1.2. Critères d'exclusion des deux populations*

- antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière
- antécédents obstétricaux de prématurité, mort-né, mort néonatale, interruption médicale de grossesse.
- pathologie de la grossesse (grossesse multiple, MAP, HTA, diabète, anomalie du liquide amniotique et anomalie de croissance utérine)
- utérus cicatriciel
- présentation du siège

#### **3.2. Population non-exposée**

Pour chaque patiente ayant bénéficiée d'un AGM, nous avons sélectionné un témoin appartenant à la population à bas risque (selon les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion que la population AGM), ayant accouché le même jour, avec comme critère d'appariement la parité dans une maternité de niveau III.

Nous avons donc inclus 97 patientes pour la population AGM (population dite « exposée ») et 97 patientes pour la population témoin (population dite « non-exposée »).

#### **4. Indicateurs étudiés**

Les différents paramètres étudiés ont été recueillis manuellement sur les dossiers AUDIPOG des SFL, et sur les dossiers obstétricaux du CHU.

Les caractéristiques initiales suivantes ont été relevées pour chacune des patientes : âge, situation familiale, origine géographique, niveau d'étude, profession, taille, poids, prise de poids, parité.

Les données obstétricales concernant la surveillance de la grossesse étaient celles-ci : consultations prénatales, surveillance échographique, préparation à la naissance.

Les données fœtales ont été également étudiées : âge gestationnel à l'admission, anomalies du rythme cardiaque fœtal en cours de dilatation.

Tous les paramètres obstétricaux au cours du travail ont été analysés : état des membranes à l'admission en salle de naissance, type du début de travail (mise en travail spontanée pour toutes les patientes), analgésie péridurale, ocytociques, rupture des membranes au cours du travail, durée du travail et mode d'accouchement.

Les indicateurs de l'état de santé néonatal étaient le poids de naissance, le score d'Apgar à une et cinq minutes, et la nécessité ou non d'un transfert en unité de soins pédiatriques.

Les paramètres postnataux étaient le nombre de visites de la sage-femme à domicile et le mode d'allaitement.

#### **5. Analyse statistique**

Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel « Excel ».

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel épidémiologique d'Atlanta « Epi-Info ».

Pour comparer les valeurs qualitatives des deux groupes nous avons utilisé le test du Chi<sup>2</sup>, le corrigé de Yates, lorsque l'un des effectifs était inférieur à 30, ou le test exact de Fisher lorsqu'une des valeurs attendues était inférieure à 5. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0,05.

## Chapitre III : Présentation des résultats

Concernant le critère d'appariement, nous avons observé 42% (soit 41) de primipares et 58% (soit 56) de multipares dans chacune des deux populations.

### 1. Caractéristiques socio-économiques maternelles

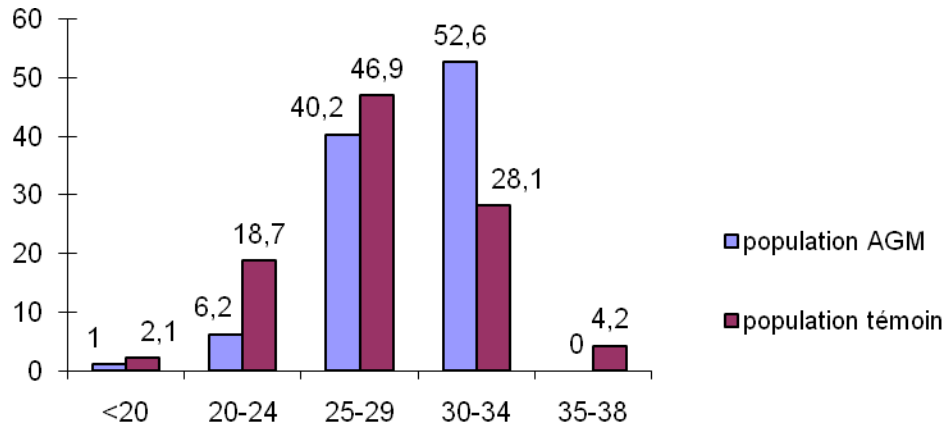


Figure 1 : Age des patientes

L'âge moyen du groupe AGM était de 29,6 ( $\pm 3,24$ ), avec des extrêmes allant de 19 à 34 ans.

L'âge moyen du groupe témoin était de 27,71 ( $\pm 3,98$ ), avec des extrêmes allant de 18 à 38 ans.

L'âge moyen était statistiquement plus élevé dans le groupe AGM ( $p = 0,0012$ )

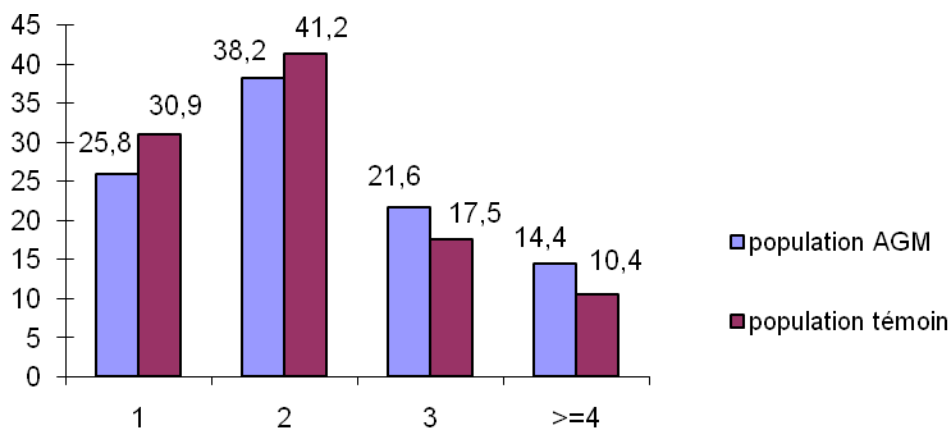


Figure 2 : Gestité des patientes

Nous n'avons pas observé de différence significative concernant la gestité.

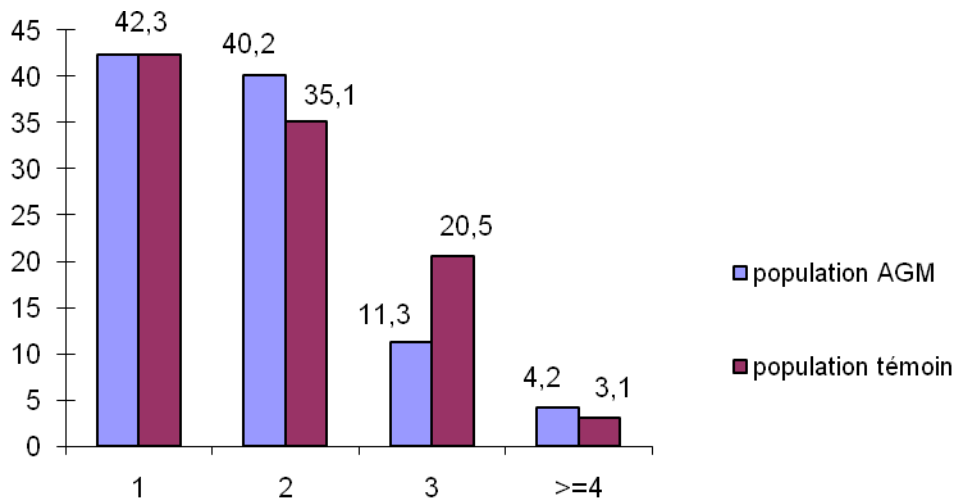


Figure 3 : Parité des patientes

La parité a été le critère d'appariement dans la sélection de la population témoin.

La parité maximale pour l'AGM est de 6 (n=1), et pour la population non-exposée est de 4 (n=3).

Pour la population AGM, 42,3% des femmes accouchaient pour la première fois.

Le lieu d'accouchement pour les grossesses antérieures des femmes multipares de l'AGM n'était pas renseigné. Cependant, 10,7% des multipares du groupe AGM étaient d'anciennes patientes de la sage-femme qui les avait suivies en 2006.

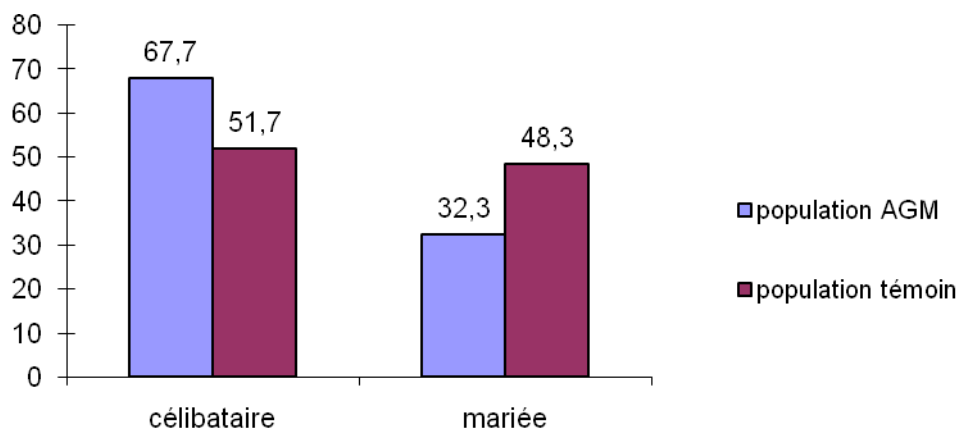


Figure 4 : Situation matrimoniale des patientes

La proportion de femmes mariées, au moment de la naissance de leur enfant, est significativement plus élevée ( $p=0,026$ ) dans la population témoin, soit 48,3% contre 32,3% dans la population AGM.

96,9% ( $n=94$ ) des femmes de la population AGM vivent avec le père de l'enfant (32,3% sont mariée et 67,7% vivent en concubinage).

Tableau I : Origine géographique des patientes

	Accouchement à domicile		Accouchement en CHU		p
	n=96	%	n=88	%	
<b>Française</b>	86	89,6	75	85,2	
<b>Europe Nord</b>	8	8,4	1	1,1	
<b>Europe Sud</b>	1	1	0	0	
<b>Afrique du nord</b>	0	0	5	5,7	0,0085
<b>Autres pays d'Afrique</b>	0	0	3	3,4	
<b>Asie</b>	0	0	2	2,3	
<b>Dom-Tom</b>	1	1	2	2,3	

Les femmes d'origine étrangère représentent 10,4% des femmes de la population AGM, et 14,8% des femmes de la population CHU.

Le principal groupe de femmes étrangères est composé pour l'AGM des femmes d'Europe du Nord. Celui du groupe témoin est composé des femmes d'Afrique du Nord. Tous les continents sont représentés dans la population témoin, mais pas dans celle d'AGM.

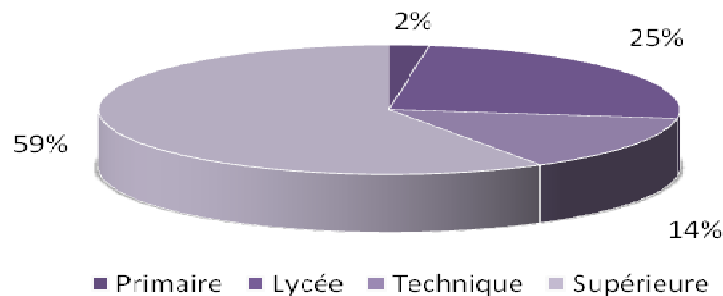


Figure 5 : Niveau d'étude de la population AGM

La majorité des femmes de l'AGM (58,9%) a un niveau d'étude supérieur au baccalauréat.

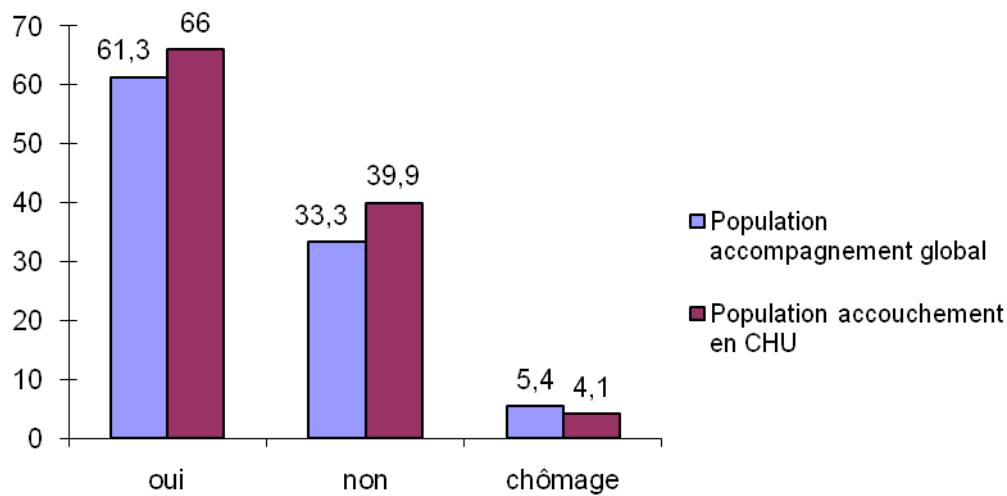


Figure 6 : Profession exercée pendant la grossesse

Deux tiers des femmes de chaque population en moyenne, exerçaient un emploi durant la grossesse. La différence entre les deux populations n'est pas significative.

## 2. Caractéristiques morphologiques maternelles

La taille moyenne (en m) du groupe AGM était de 1,67 ( $\pm 0,06$ ), avec des extrêmes allant de 1,55 à 1,85m.

La taille moyenne (en m) du groupe témoin était de 1,65 ( $\pm 0,06$ ), avec des extrêmes allant de 1,48 à 1,82m. La femme mesurant 1,48m était une femme antillaise, troisième parité, avec un bassin ayant déjà fait ses preuves.

Le poids moyen avant la grossesse (kg) du groupe AGM, était de 58,5 ( $\pm 2,12$ ), avec des extrêmes allant de 41 à 90kg.

Le poids moyen avant la grossesse (kg) du groupe témoin, était de 59,2 ( $\pm 9,9$ ), avec des extrêmes allant de 44(n=1) à 103 kg (n=1). La femme pesant 103kg, présentait une obésité morbide (IMC=37,8). C'était une troisième parité dont la grossesse a débuté sous pilule, mais dont le déroulement n'a présenté aucune pathologie généralement associée à l'obésité. C'est pourquoi elle a été intégrée a posteriori dans la population témoin, comme une grossesse de déroulement physiologique.

La prise de poids moyenne pendant la grossesse (kg) du groupe AGM, était de 11,5 ( $\pm 3,54$ ), avec des extrêmes allant de 2 à 22kg.

La prise de poids moyenne pendant la grossesse (kg) du groupe témoin, était de 13 ( $\pm 4,92$ ), avec des extrêmes allant de 0 (n=2) à 30kg (n=1).

Tableau II : Evaluation de la corpulence des femmes par l'Indice de masse corporelle (BMI)\*

	Accouchement à domicile		Accouchement en CHU		p
	n=92	%	N=95	%	
Maigreur (<18,5)	11	<b>11.9</b>	9	<b>9.4</b>	
Poids " souhaitable "(18,5-24,9)	73	<b>79.4</b>	73	<b>76.8</b>	
Surpoids (25-29,9)	7	<b>7.6</b>	11	<b>11.6</b>	NS
Obésité (30-35,9)	1	<b>1.1</b>	1	<b>1.1</b>	
Obésité morbide ( $\geq 36$ )	0	<b>0</b>	1	<b>1.1</b>	

\*Classification selon l'OMS.

L'Indice de masse corporelle moyen (poids/taille<sup>2</sup>) du groupe AGM était de 21,14 ( $\pm$ 2,82), avec des extrêmes allant de 16 à 33.

L'Indice de masse corporelle moyen (poids/taille<sup>2</sup>) du groupe témoin était de 21,68 ( $\pm$ 3,71), avec des extrêmes allant de 16,8 à 37,8.

### 3. Déroulement de la grossesse

#### 3.1. Tabac et grossesse

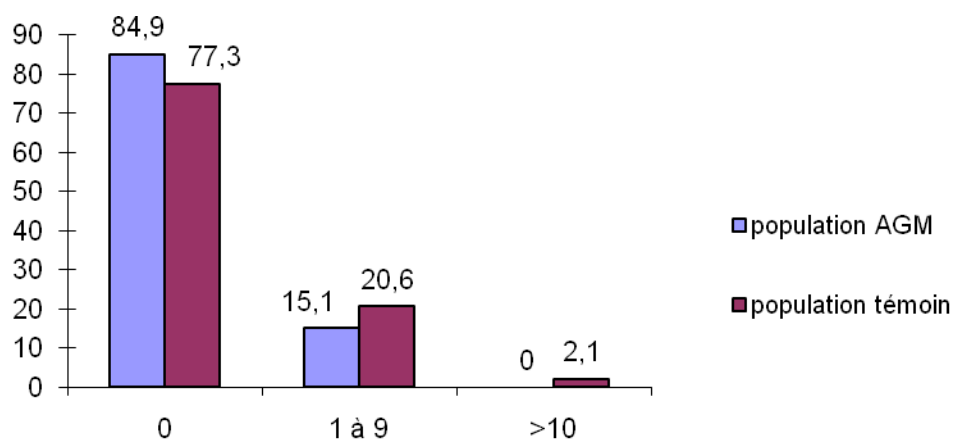


Figure 7 : Tabac pendant la grossesse

Durant la grossesse, 15,1% des femmes AGM ont fumé au moins une cigarette par jour, au lieu de 22,7% des femmes témoins. Cependant, la différence entre les deux populations reste non significative.

#### 3.2. Surveillance prénatale

L'ERA (équipe responsable de l'accouchement) est une notion utilisée par AUDIPOG, pour définir la personne physique ou institutionnelle prévue pour accueillir la femme lors de sa mise en travail.

Dans le cas de la population étudiée, l'ERA des patientes était alors la sage-femme libérale proposant l'accompagnement global de leurs grossesses.

Dans le cas de la population témoin, l'ERA des patientes était le CHU d'Angers, et non spécifiquement l'équipe de garde le jour de l'accouchement.

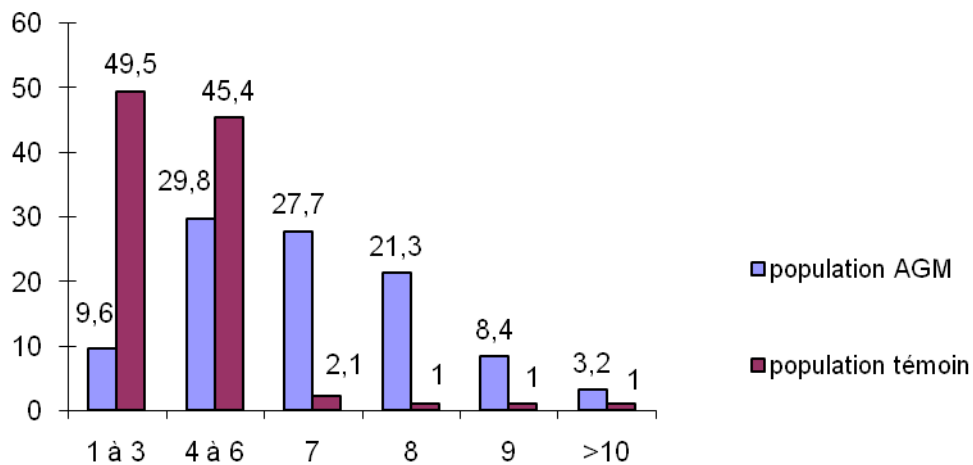


Figure 8 : Nombre de consultations avec l'ERA pendant la grossesse

Le nombre moyen de consultations du groupe AGM avec la sage-femme libérale, était de 6.3 (+/-1.94), avec des extrêmes allant de 2 à 10 consultations.

Le nombre moyen de consultations du groupe témoin au CHU était de 3.8 (+/-1.52), avec des extrêmes allant de 1 à 10 consultations.

La différence est significative entre les deux populations. (p=0.000001)

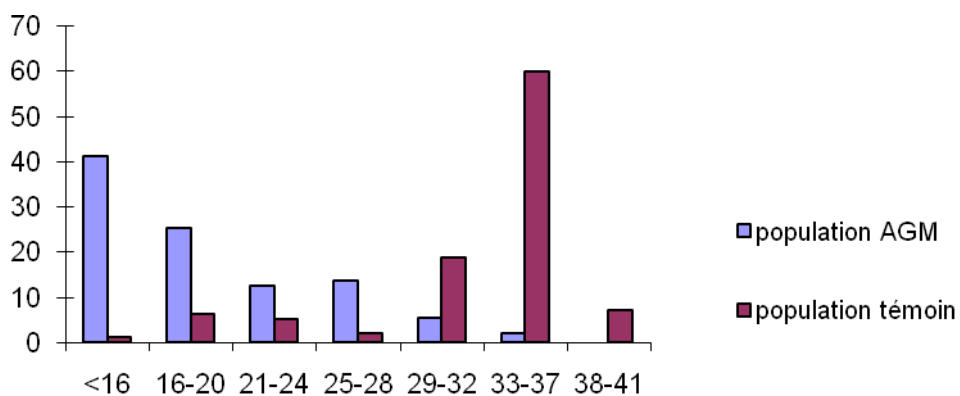


Figure 9 : Age gestationnel du 1er contact avec l'ERA pendant la grossesse

p= 0,0000001

L'âge gestationnel (en SA) moyen du 1<sup>er</sup> contact avec la sage-femme du groupe AGM était de 18.1 (+/-6.81), avec des extrêmes allant de 6 à 36 SA.

La majorité (62.1%) des femmes consulte la sage-femme pratiquant l'accompagnement global au deuxième trimestre de la grossesse.

Seulement 10.5% des femmes ne prennent contact avec la sage-femme libérale qu'au troisième trimestre.

L'âge gestationnel moyen du 1<sup>er</sup> contact avec le CHU, pour le groupe témoin était de 31.9 (+/-5.19), avec des extrêmes allant de 12 à 40 SA.

71% des femmes du groupe AGM avaient eu des consultations avec un autre professionnel que la sage-femme libérale. Pour ces femmes le nombre moyen de consultations avec d'autres professionnels était de 2.7 (+/- 1.73).

73.7% des femmes témoins étaient suivies jusqu'au 8<sup>ème</sup> mois de grossesse par leur médecin traitant, 22.1% par un gynécologue en ville et seulement 4.2% par une sage-femme libérale.

### *3.3. Préparation à la naissance*

94.8% des femmes du groupe AGM avaient suivi une préparation à la naissance.

Dans 86.8% des cas, la sage-femme pratiquant l'accouchement assurait les cours de préparation (totalement pour 86.7% et en partie pour 9.8%).

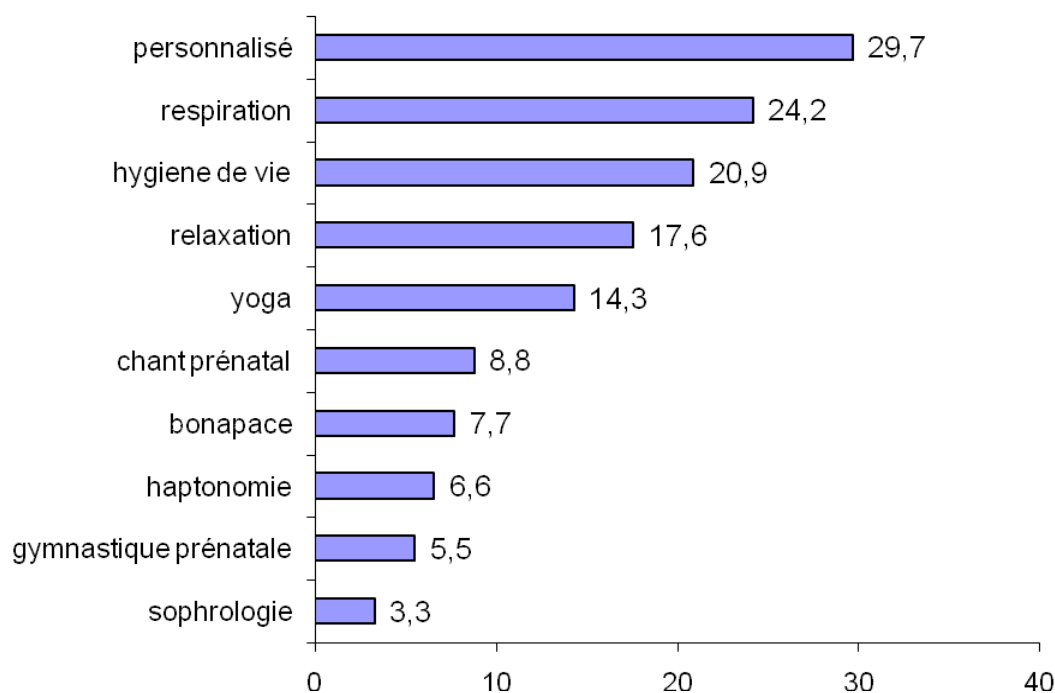
Seulement 3.3% des femmes avaient effectué la préparation à la naissance avec une sage-femme différente de celle accompagnant la grossesse et l'accouchement.

Pour 42 patientes du groupe AAD, l'âge gestationnel moyen du 1<sup>er</sup> cours de préparation à la naissance était de 22 SA (+/-6.3), avec des extrêmes allant de 12 à 37 SA.

Seulement 18.6% des dossiers du groupe témoins portaient la mention « préparation à l'accouchement réalisé », mais 81.4% ne mentionnaient aucune information à ce sujet.

### Les différents types de préparation à la naissance

Figure 10 : Type de prépa à la naissance des patientes ayant accouchées à domicile



Un tiers des sages-femmes libérales (29.7%) décrivaient la préparation qu'elles proposaient aux patientes comme étant « personnalisée ». Cependant pour 24.2% des femmes, la préparation était axée sur des exercices de respiration, pour 20.9% sur des conseils concernant l'hygiène de vie, et pour 17.6% sur la relaxation.

#### 3.4. Surveillance échographique

Le nombre moyen d'échographie était de 3.19 (+/-0.6) pour le groupe témoin, et de 3 (+/-0.91) pour le groupe AGM.

16 femmes du groupe AGM ont eu 4 échographies ou plus (maximum 6). Cette surveillance intensifiée semblerait se justifier, pour 2 d'entre elles par une surveillance de dépassement de terme, et pour une autre par une présentation podalique jusqu'à 36 SA. 22.8% des femmes du groupe AGM avaient eu moins de 3 échographies pendant la grossesse.

19 femmes du groupe témoin avaient eu 4 échographies ou plus (maximum 6). Cette surveillance semblait, lors de l'étude des dossiers, se justifier :

- pour 4 d'entre elles par une consultation pour diminution des mouvements actifs fœtaux,
- pour 4 d'entre elles, par une surveillance de la croissance fœtale (biométries entre le 15<sup>ème</sup> et 25<sup>ème</sup> percentile),
- pour 2 d'entre elles, par une présentation podalique jusqu'à 37 SA,
- pour 9 d'entre elles, par une surveillance de dépassement de terme.

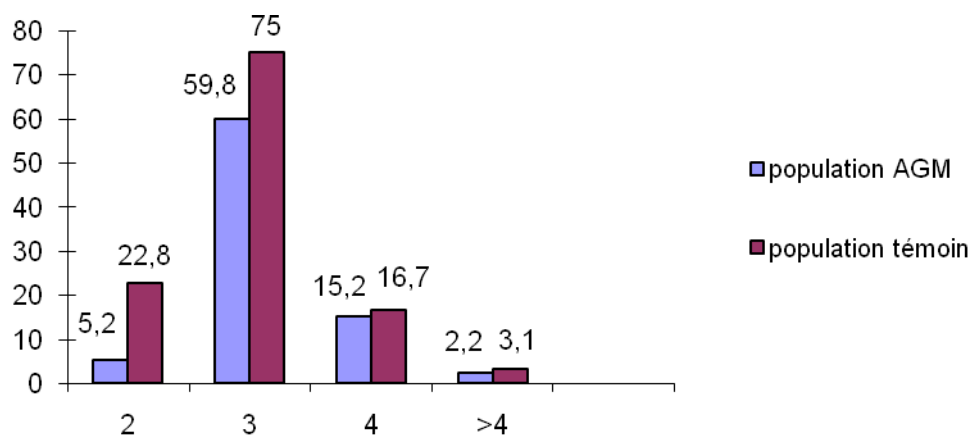


Figure 11 : Surveillance échographique

#### 4. Déroulement de l'accouchement

L'étude porte uniquement sur le mode spontané de mise en travail des femmes. L'âge gestationnel des femmes des deux populations à l'admission était compris entre 37 SA et 42 SA.

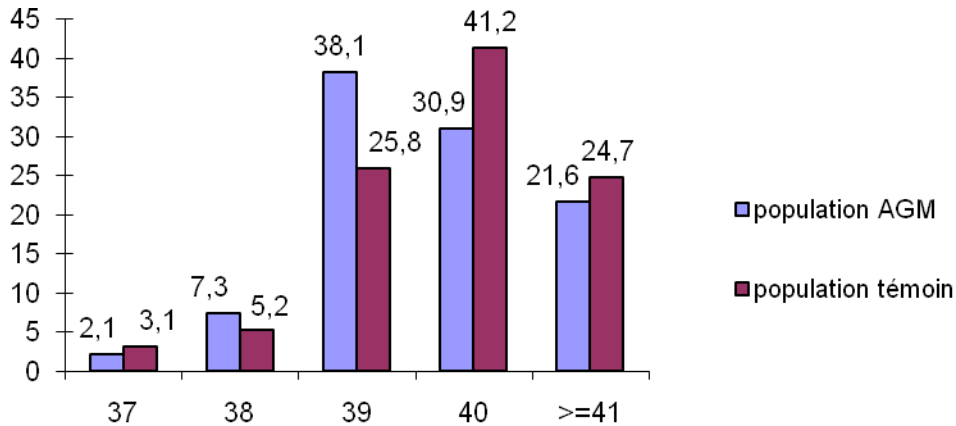


Figure 12 : Age gestationnel à l'accouchement

L'âge gestationnel moyen (en SA) à l'accouchement du groupe AGM était de 39.7 (+/- 1.08).

L'âge gestationnel moyen (en SA) à l'accouchement du groupe témoin était de 39.8 (+/- 0.98).

##### 4.1. Surveillance du travail

Sur 97 femmes dans la population AGM, 15 (15,5%) avaient été transférées en cours de travail en structure hospitalière d'accueil. Une étude descriptive de ces cas est détaillée plus loin.

Selon le lieu du travail (domicile ou maternité), la définition de l'intervention médicale ne peut être la même.

Un travail naturel à domicile est sans aucune intervention de la part du professionnel.

En structure hospitalière, le travail "naturel" a été défini par la pose d'une voie veineuse périphérique, avec pour seule solution injectée, du Ringer Lactate.

Un travail accompagné à domicile est l'utilisation par la sage-femme de massages, d'acupuncture, d'homéopathie,... En maternité ce sera l'utilisation d'une analgésie médicamenteuse.

La correction thérapeutique inclut l'administration d'antispasmodiques, d'ocytociques, ou d'opiacés durant le travail.

Le travail est dirigé lorsque son déroulement est modifié par une association d'interventions médicales (rupture artificielle des membranes, analgésie médicamenteuse et ocytociques).

Tableau III : Surveillance du travail.

	Population totale AGM		Transferts	Accouchement en CHU		p
	n	%		n	n	
<b>Surveillance du RCF</b>						
Non	8	8,7	0	0	0	0
Discontinue sans enregistrement	65	70,7	2	0	0	
Discontinue avec enregistrement	15	16,3	6	2	2,1	
Continue dès le travail	4	4,3	4	86	88,7	
Continue à l'expulsion	3	3,2	3	9	9,2	
<b>Conduite du travail</b>						
Naturel	58	59,8	4	16	16,5	
Accompagné	34	35	6	31	32	
Avec correction thérapeutique	5	5,2	5	34	35	
Dirigée	0	0	1	16	16,5	

#### 4.1.1. Surveillance du rythme cardiaque fœtal

Au sein du groupe AGM, pour 87% des femmes, les sages-femmes ont réalisé une auscultation intermittente du RCF (dont 70.7% sans enregistrement).

Dans le groupe témoin, 88.7% des femmes ont bénéficié d'un enregistrement continu dès le passage en salle de travail.

#### 4.1.2. Conduite du travail

59,8% des femmes du groupe AGM ont eu un travail naturel (dont 4 des 15 femmes transférées), contre 16,5% des femmes du groupe témoin.

35% des femmes de la population AGM ont eu un travail accompagné, dont 6 des 15 femmes transférées : la majorité (85,3%) par des massages, les deux tiers (61,5%) par la proposition de postures, 41,2% par un bain, un tiers (29,4%) par des fleurs de Bach, 20,6% par de l'homéopathie, 14,7% par l'utilisation d'huiles essentielles, 8,8% par l'acupuncture et 5,9% par phytothérapie et relaxation dirigée.

16,5% des femmes témoins ont suivi un travail "naturellement" (seule pose de VVP).

Un tiers (31%) des femmes du groupe témoin ont uniquement bénéficié d'un accompagnement de la douleur au cours du travail par analgésie médicamenteuse.

#### 4.2. Interventions médicales durant le travail

Les informations suivantes ne sont pas comparées entre les deux populations pour deux raisons:

- absence d'information dans les dossiers AUDIPOG des modalités de rupture des membranes (spontanée ou artificielle?)
- utilisation d'ocytocique et d'analgésie ayant nécessité un transfert des femmes AGM en structure hospitalière, la naissance n'ayant pas eu lieu à domicile. (cf. descriptif transferts p.)

Tableau IV : Interventions médicales à l'hôpital

	Accouchement en CHU	
	n	%
<b>Rupture des membranes</b>		
spontanée	45	46,4
artificielle (dilatation)	52	53,6
< à 5 cm	16	30,8
>= à 5 cm	36	69,2
<b>Utilisation d'ocytocique</b>		
non	46	47,4
oui	51	52,6
<b>Analgésie</b>		
aucune	26	25,7
péridurale	62	61,4
péri-rachi combinée	4	4

##### 4.2.1. direction du travail

Seules 6 des 15 femmes transférées du groupe AGM ont nécessité une correction thérapeutique pendant le travail, ou une direction de celui-ci, contre 51,5% des femmes témoins (35% avec correction thérapeutique, 16,5% avec direction du travail).

##### 4.2.2. rupture artificielle des membranes

Une amniotomie a été pratiquée pour la majorité (53,6%) des femmes témoins, elle était précoce dans 30.8% des cas.

Tableau V : Durée de l'ouverture de l'œuf

	Accouchement à domicile		Accouchement en CHU		p
	n=94	%	n=96	%	
<=1h	51	54,3	36	37,5	0,011
1-12	30	31,9	52	54,2	0,002
13-24	8	8,5	8	8,3	NS
>24	5	5,3	0	0	0,03

La durée d'ouverture de l'œuf pour la population témoin est majoritairement (54,2%) plus longue (entre 1 et 12h), que celle de la population AGM (majorité de femmes ayant une durée de rupture de moins d'une heure (54,3%).

La durée moyenne de l'ouverture de l'œuf (en heure) du groupe AGM était de 3,54 (+/- 14,34), avec des extrêmes allant de moins d'une heure à 92 heures.

La durée moyenne de l'ouverture de l'œuf (en heure) du groupe témoin était de 4,28 (+/- 4,94), avec des extrêmes allant de moins d'une heure à 24 heures.

#### 4.2.3. ocytociques (tableau IV)

L'utilisation d'ocytocique de synthèse est observée pour la majorité (52.6%) des femmes témoins.

#### 4.2.4. analgésie au cours du travail (tableau IV)

65,4% des femmes témoins ont eu recours à une analgésie médicamenteuse (61,4% via une analgésie péridurale et 4% via une péri-rachi combinée), et 25.7% n'en ont eu aucune.

Pour la population AGM, 40% des femmes transférées en cours de travail ont eu une analgésie médicamenteuse (6 femmes sur 15 transferts). Les femmes ayant accouché à domicile, n'ont évidemment pas eu accès à une analgésie médicamenteuse.

### 4.3. Lieu d'accouchement

Sur 97 femmes ayant débuté le travail à domicile, 82 (soit 84.5%) ont effectivement accouché à domicile. 15 femmes (soit 15.5%) ont dû être transférées vers une structure médicale au cours du travail, avec une différence significative entre primipares et multipares : 31.7% des primipares et 3.6% des multipares. (p=0.00006)

#### 4.4. Mode d'accouchement

Tableau VI : Mode d'accouchement

	Population AGM		AGM	Population témoin (CHU)		p
	AAD	transferts		n	%	
	n	n	%	n	%	
Voie basse non opératoire	82	9	93,8	82	84,5	0,04
Voie basse instrumentale	0	4	4,1	13	13,4	0,02
Césarienne	0	2	2,1	2	2,1	NS

Parmi tous les accouchements AGM, 93.8% des patientes ont accouché par voie basse spontanée (85.7% des primipares et 98.2% des multipares).

On note une différence significative entre les deux populations, avec 84.5% par voie basse spontanée au CHU (68.3% des primipares et 100% des multipares).

Aucune multipare dans le groupe AGM n'a nécessité d'intervention instrumentale.

Pour 9.7% des primipares de l'AGM, une intervention instrumentale voie basse a été nécessaire (soit 4.1% de la population AGM totale).

Pour le groupe témoin, il s'agissait de 26.8% des primipares et 3.6% des multipares (soit 13.4% de la population témoin totale).

Enfin, 2.1% des patientes AGM et témoin ont eu une césarienne pendant le travail (une multipare et une primipare pour l'AGM et deux primipares pour la population témoin).

100% des naissances à domicile ont eu lieu par voie basse spontanée, évidemment.

#### 4.5. Posture maternelle

Dans le groupe AGM, le choix de positionnement de la femme au moment de l'expulsion est respecté, les postures prises spontanément par les femmes sont la position « accroupie » et celle « assise » pour 18.6% chacune, vient ensuite la posture « à 4 pattes » (14.4%), puis en quatrième choix le décubitus dorsal (12.4%). Dans le groupe témoin, plus de 90% des femmes n'ont à priori pas choisi leur positionnement au moment des efforts expulsifs et ont accouché en « position obstétricale ».

#### 4.6. Durée du travail

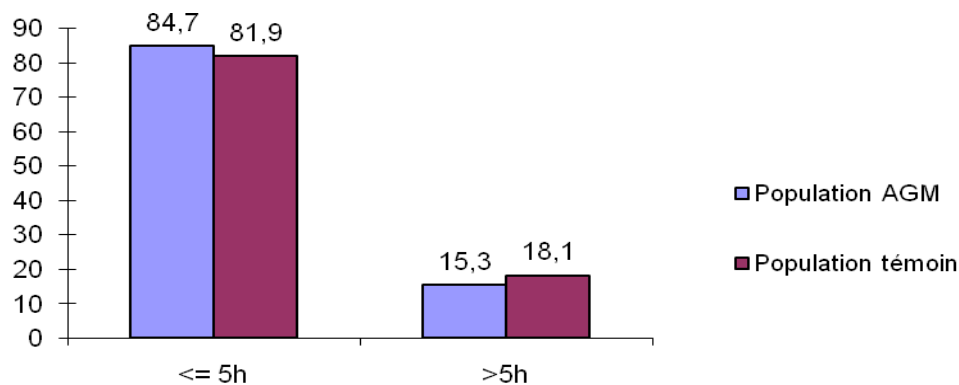


Figure 13 : Durée du travail

Le temps de travail a été semblable entre les deux populations, 84.7% des patientes AGM et 81.9% des patientes témoins ont eu un travail de moins de 5 heures, entre 5cm de dilatation et le début des efforts expulsifs.

#### 4.7. Délivrance et état du périnée

Tableau VII : Etat du périnée et délivrance

	Population AGM			Population témoin			p
	primi %	multi %	total %	primi %	multi %	total %	
<b>Périnée</b>							
Intact	36,6	73,2	<b>57,7</b>	2,6	28,6	<b>17,5</b>	0,00001
Déchirure	53,6	26,8	<b>38,2</b>	33,3	53,6	<b>44,4</b>	NS
Episiotomie	9,8	0	<b>4,1</b>	64,1	17,8	<b>36,1</b>	0,00001
<b>Mode de délivrance</b>							
Naturelle	90,2	96,2	<b>93,6</b>	4,9	8,9	<b>7,2</b>	
Dirigée	4,8	0	<b>2,1</b>	80,4	87,5	<b>84,5</b>	
Artificielle	0	1,9	<b>1,1</b>	4,9	0	<b>2,1</b>	
RU	2,4	0	<b>1,1</b>	4,9	3,6	<b>4,1</b>	
Manuelle (césarienne)	2,4	1,9	<b>2,1</b>	4,9	0	<b>2,1</b>	

#### 4.7.1. Etat du périnée

Pour l'ensemble de la population AGM, on a une majorité de périnée intact (57.7%), (dont 73.2% des multipares), 38.2% de déchirures simples (majorité des primipares (53.6%)), et 4.1% d'épisiotomies (toutes des primipares).

Il y a une différence significative entre accouchement à domicile, et accouchement en structure ( $p=0.00001$ ) : on observe plus d'épisiotomie (36.1% versus 4.1%) et moins de périnée intact (17.5% versus 57.7%) pour les accouchements témoins.

#### 4.7.2. Mode de délivrance

Dans la population AGM, 93.2% des femmes ont eu une délivrance naturelle contre 7.2% des femmes témoins.

84.5% des femmes témoins ont eu une délivrance dirigée. Le taux de 2.1% pour l'AGM correspond à des patientes transférées en cours d'accouchement.

Parmi les 90 patientes qui ont accouché à domicile, 56,7% (soit 51), ont délivré en position verticale, versus 43,3% (soit 39) en position horizontale.

#### 4.7.3. Hémorragie du post-partum

La quantification des saignements dans un sac de recueil n'étant pas réalisée à domicile, l'évaluation des pertes dans ce lieu est clinique (observation des saignements, surveillance des constantes maternelles, état général de la patiente, globe utérin,...).

Tableau VIII : Hémorragie du post-partum

	Population AGM		AGM	Population témoin (CHU)		p
	AAD (n=82)	transferts (n=15)			(n=97)	
	n(%)	n(%)	%	n	%	
hémorragie sur le lieu d'accouchement (> à 500cc)	<b>6(7,3)</b>	3(20)	9,4	6	<b>6,5</b>	NS
hémorragie ayant nécessité un transfert ou une prise en charge médicale	1(1,2)	-	-	2	2.1	NS

Pour la population AGM (et non pas dans la population accouchement à domicile), 9.4% (n=9) des femmes ont eu une hémorragie de la délivrance, cependant :

- 3 de ces 8 femmes ont été transférée en cours de travail pour raison médicale. Elles ont fait l'hémorragie après accouchement en structure, ces hémorragies n'ont donc pas eu lieu à domicile.

- 6 femmes ont effectivement eu des saignements après délivrance nécessitant une surveillance à domicile, 1 a été transférée en structure médicale, et les 5 autres n'ont pas nécessité de transfert au vue de la clinique, selon les sages-femmes libérales.

Pour la population témoin, 6.5% (n=6) des patientes ont eu des pertes sanguines supérieures à 500cc, dont 3 due à une épisiotomie hémorragique.

Seules 2 patientes soit 2.1%, ont nécessité une prise en charge médicale, voire chirurgicale, de l'hémorragie (pertes de 900cc et de 1850cc).

## **5. Transfert et pathologie**

### *5.1. transferts intrapartum (descriptif)*

Parmi les 15 transferts de la population AGM en cours de travail, les différents motifs médicaux sont les suivants :

- 5 ont fait une dystocie dynamique durant la première phase (dont 4 avec stagnation cervicale, et 1 avec dilatation lente (> à 5h de 5 à 10cm de dilatation)). 3 ont été dirigées, 1 a eu une extraction instrumentale par ventouses,
- 6 ont eu une rupture des membranes supérieure à 24h,
- 2 ont dépassé leur terme de plus de 6 jours,
- 1 a présenté des anomalies du rythme cardiaque fœtal à 6cm de dilatation, mais associées à un travail rapide d'une durée inférieure à deux heures,
- 6 ont montré une non-progression de la présentation à dilatation complète dont 2 avec non engagement de la présentation. (A noter que l'une d'elles a fait une hémorragie à J1 de son accouchement.)
- 1 a eu des métrorragies importantes en début de travail, elle a été césarisée et a fait une hémorragie de la délivrance.
- 1 a eu une présentation du front et rythme cardiaque fœtal pathologique, elle a également été césarisée et a fait une hémorragie suite à une section artérielle durant la césarienne.

Autres motifs de transfert maternel (différents d'une pathologie du travail) :

- 1 pour stress maternel en début de travail,
- 1 pour fatigue maternelle due à un travail long.

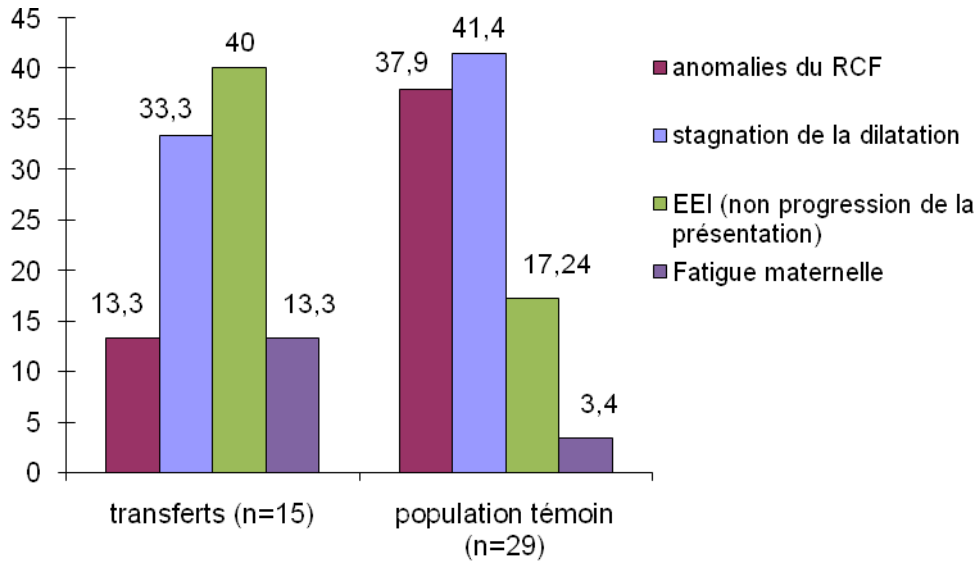


Figure 14 : Motif d'intervention médicale

On retrouve un nombre de femme présentant une nécessité d'intervention supérieure dans la population témoin (29.9%), comparé au nombre de transfert dans le groupe AGM (15.5%). Cette quantité de situations évaluées pathologiques (29.9%) en centre hospitalier, contraste avec le taux d'utilisation d'ocytocine de synthèse (52.6%) pour cette population. On peut observer que les stagnations de la dilatation (41.4%) et les anomalies du rythme cardiaque fœtal (37.9%) sont les principales indications d'interventions médicales dans le groupe témoin.

### 5.2. transferts en postpartum

Deux patientes de la population AGM ont été transférées dans le post-partum.

Pour l'une d'entre elle la cause du transfert était une hémorragie de la délivrance ; pour l'autre il s'agissait d'une prise en charge en photothérapie de l'enfant suite à la survenue précoce d'un ictère.

## 6. Suites de couches

21.6% des patientes témoins ont nécessité une prise en charge spécifique durant l'hospitalisation en suite de couche. L'accompagnement personnalisé se justifiait à 66% par des douleurs maternelles persistantes (hémorroïdes (20%), épisiotomie algique (19%), algies au point de ponction de la péridurale et œdème vulvaire (10% chacun), à 20% par des angoisses maternelles.

Aucune femme ayant accouchée à domicile sans transfert ultérieur n'a à priori nécessité d'attention spécifique.

La durée moyenne d'hospitalisation pour les patientes transférées a été de 3.4 jours (+/- 3.7) avec des extrêmes allant de 1 à 16 jours (section artérielle en cours de césarienne, anémie sévère en suite de couche).

La durée moyenne du séjour du couple mère/enfant du groupe témoin était de 4.8 jours (+/-0.74).

75% des femmes transférées ont eu un suivi à domicile par leur sage-femme libérale, d'un nombre moyen de 4 consultations à domicile (+/-1.7) avec des extrêmes allant de 1 à 10 visites.

## 7. Caractéristiques néonatales

Le tableau IX présente les données concernant le nouveau-né.

Dans la population AAD, aucun enfant n'a présenté un score d'Apgar inférieur à 7 à 5min, en revanche dans la population transférée en cours de travail, un enfant (soit 6.7% des transferts) contre 6.2% des enfants de la population témoin, il y a donc une différence non significative entre les enfants nés à la suite d'un transfert et nés à l'hôpital. Cependant nous constatant une différence significative en faveur des naissances à domicile soit 0% vs 6.2% ( $p=0.03$ ).

Le taux de réanimation du nouveau-né est de 3.1% dans la population AGM, ce qui ne concerne que des enfants de la population transférée ( $n=3$ ), en revanche 12.4% des nouveau-nés témoins ont été réanimé ( $n=12$ , dont 3 par aspiration à la vulve, 4 par aspiration sous laryngoscope, 4 par ventilation et 1 par intubation), la différence est également significative en faveur de l'AGM ( $p=0.016$ ).

Le coefficient d'Apgar moyen à 1 mn à la naissance du groupe AGM était de 9.5 (+/- 1.6) avec un minimum de 1.

Le coefficient d'Apgar moyen à 1 mn à la naissance du groupe témoin était de 9.2 (+/- 1.9) avec un minimum de 2.

P=NS

Le coefficient d'Apgar moyen à 5 mn à la naissance du groupe AGM était de 9.9 (+/-0.6) avec un minimum de 5.

Le coefficient d'Apgar moyen à 5 mn à la naissance du groupe témoin était de 9.7 (+/- 0.95) avec un score minimum de 5.

P=NS

Tableau IX : Etat de l'enfant à la naissance

	Accouchement à domicile		Transferts		Accouchements à l'hôpital	
	n=82	%	n=15	%	n=97	%
<b>Apgar à 1 mn</b>						
<=4	0	0	3	20	7	7,2
5-7	1	1,2	0	0	3	3,1
8-9	9	11	1	6,7	7	7,2
10	72	87,8	11	73,3	80	82,5
<b>Apgar à 5mn</b>						
5-7	0	<b>0</b>	1	<b>6,7</b>	6	<b>6,2</b>
8-9	0	0	2	13,3	2	2,1
10	82	100	12	80	89	91,7
<b>Réanimation</b>						
non	82	100	12	80	85	87,6
oui	0	0	3	20	12	12,4

Concernant le poids de naissance du nouveau-né, 1.1% dans la population AGM, et 3.1% dans celle témoin avaient un poids inférieur à 2 500g (la différence n'est pas significative) et 9.5% dans la population AGM, contre 3.1% dans la population témoin avaient un poids supérieur ou égal à 4000g, mais la différence n'est pas significative (p=0.07). (cf. figure 15)

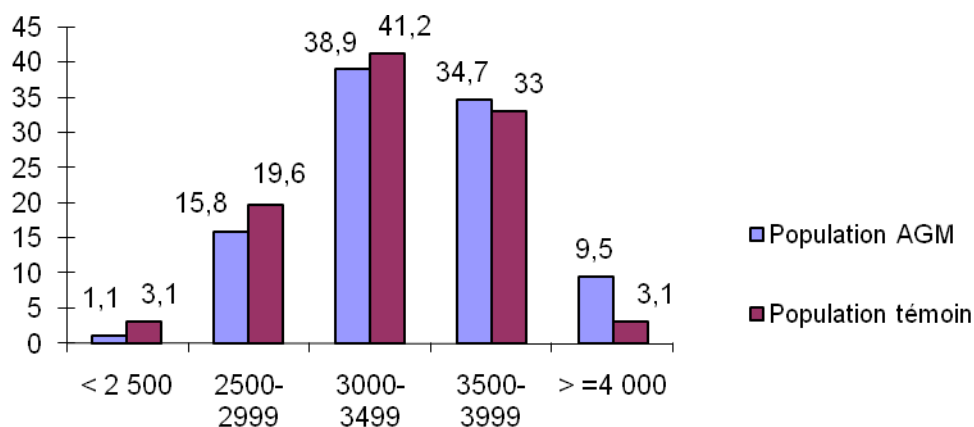


Figure 15 : Poids des nouveau-nés à la naissance

Le taux d'enfant transférés dans la population AGM est de 4.1% et de 3% dans la population témoin.

Dans la population AGM :

- 1 enfant a été transféré en unité mère-enfant (UME) du domicile pour ictère précoce avec photothérapie.
- 3 enfants du groupe de femmes transférées ont nécessité pour 2 d'entre-eux une hospitalisation en UME ( un, pour CRP supérieure à la normale sans cause retrouvée, l'autre pour mauvaise adaptation à la vie extra-utérine) et pour le troisième une hospitalisation en néonatalogie pour infection materno-fœtale.

Dans la population témoin :

- 2 enfants transférés en néonatalogie pour infection materno-fœtale à streptocoque B.
- 1 enfant transféré en UME pour hypotonie axiale.

Le taux de décès périnatal et maternel est nul dans les deux populations.

La figure 16 présente les résultats concernant le mode d'alimentation du nouveau-né.

99% des femmes du groupe AGM ont allaité leur enfant à J0, contre 70% des femmes témoins.

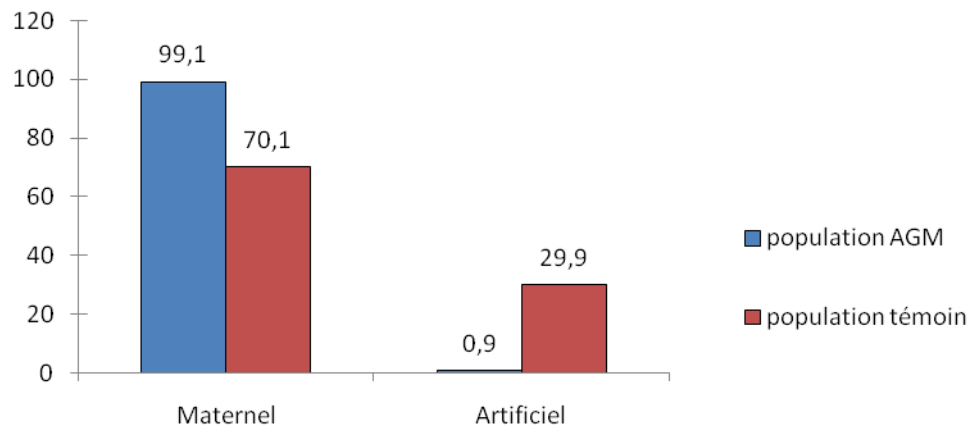


Figure 16 : Type d'allaitement des nouveau-nés à J0

L'allaitement maternel était encore pratiqué pour 89.6% des femmes du groupe AGM lors de la visite post-natale. La durée totale d'allaitement n'est pas notifiée sur les fiches.

## Chapitre IV : Analyse, discussion et propositions

### 1. Analyse critique de l'étude

#### *Biais de résultats*

- L'exhaustivité du recueil de donnée à partir des fiches de l'ANSFL n'est pas assurée, du fait du caractère facultatif de remplissage de ces fiches par les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global, également par le fait que celles-ci n'adhèrent pas toutes à l'association et ce qui ne permet pas la mise en commun de toutes les données.
- On ne peut exclure la possibilité d'un excès de résultats contraires parmi les données d'accouchements à domicile non analysées de 2006.
- L'enregistrement des interventions médicales est bon, mais il est possible que dans le groupe AGM les professionnelles sous-estiment les scores d'Apgar faibles et omettent des déchirures périnéales.

### 2. Analyse des résultats

#### 2.1. Descriptif de la littérature [37], [38]

Les résultats obtenus seront comparés avec ceux de la littérature afin d'attester de leur conformité ou non au vue des données de la littérature.

L'analyse des résultats doit se faire en deux temps :

- d'une part par l'étude descriptive des informations données :
  - sur le profil des femmes du groupe AGM par rapport à la population générale. (Enquête nationale périnatale de 2003 de l'INSERM, avec un échantillon de 15 108 femmes). [40]
  - sur les caractéristiques de la surveillance prénatale lors d'un accompagnement global.

Une comparaison avec l'étude de M. Munier (*mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme 2005, Paris*) semblait judicieuse au vue de la taille de son échantillon. Elle a réalisé une étude prospective incluant 2243 femmes bénéficiant d'un AGM et ayant accouchées (soit à domicile, soit en plateau technique) entre le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et le 31 décembre 2001. Le recueil a été réalisé à partir de la base de données de l'ANSFL via les fiches créés sur le modèle des dossiers AUDIPOG. [41]

- d'autre part par l'étude comparative des résultats maternels et périnataux, des interventions médicales en fonction du type de suivi et du lieu d'accouchement.

Les indicateurs de notre étude ont été confrontés à ceux des résultats des études suivantes :

- du rapport sur *l'Evaluation des pratiques médicales concernant les femmes à « bas risque » obstétrical du réseau sentinelle d'AUDIPOG en 2003*. [42]

Cet échantillon est constitué de 6 568 femmes sélectionnées à partir de l'ensemble du fichier du réseau sentinelle (n=41472), mais ne comprenant que les dossiers nécessaires à l'application de la définition du bas risque soit 21 105 dossiers. (*Annexe 5*)

- de *l'Etude de Kenneth C Johnson et Betty-Anne Daviss, 2005, Amérique du Nord* : Etude prospective de 5418 femmes devant accoucher en 2000, avec des sages-femmes professionnelles certifiées aux Etats-Unis (98% du groupe) et au Canada, et ayant prévu d'accoucher à domicile au début du travail.

Les issues périnatales ont été comparée avec celles des études concernant les accouchements à faible risque ayant eu lieu en centre hospitalier aux Etats-Unis. [43]

- des résultats de la sélection d'études analysées dans le mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme de C-A Pireyn-Piette (*Accoucher à domicile : risque ou modèle ? Strasbourg, 2005*). [44]

La sélection a été effectuée de 1977 à 2004 à partir du moteur de recherche Medline avec les mots clés suivants : *Home birth, Out-of-hospital birth, et place of delivery*. Elle inclut des études prospectives de cohorte comprenant dans le groupe AAD tous les AAD prévus, indépendamment du lieu effectif d'accouchement et comparant deux groupes (AAD prévus et AHP) aussi similaires que possible. Les grossesses suivies sont à bas risque et les AAD étaient assistés d'un professionnel.

Un tableau récapitulatif des études sélectionnées se trouve en annexe. (*Annexe 7*)

## 2.2. Profil des patientes

Les caractéristiques maternelles des deux groupes de notre étude diffèrent malgré l'appariement. En effet le groupe AGM est auto-sélectionné et semble moins représentatif de la population en âge de procréer.

- Concernant l'âge maternel, nos résultats ne diffèrent pas de la moyenne nationale de l'enquête périnatale de 2003 (29,6 vs 29,5), cependant la majorité des femmes de notre étude (52,6%) se situe entre 30 et 34 ans. Dans l'étude de M. Munier l'âge moyen est

plutôt de 31 ans, la différence peut s'expliquer par la proportion de primipares inclut dans chacune des études, la notre correspondant à celle de 2003 (43.7% vs 42.3%), alors que dans celle de Munier plus de deux tiers des patientes accouchant à domicile étaient des multipares.

- Les femmes du groupe AGM étaient à 86% des femmes d'origine française, de même dans l'étude de Munier (86.4%), mais celles du groupe témoin ne représentaient que 75%. Cette différence n'est pas confirmée par les chiffres de l'enquête périnatale de 2003 (88,2%). Il semble donc que ce ne soit pas les coutumes culturelles étrangères autour de la naissance qui influence le choix du lieu d'accouchement. La demande d'accouchement à domicile existe bien chez les femmes françaises.

- Les femmes accouchant à domicile semblent avoir un niveau de connaissances assez élevé. La majorité avait un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (58,9%), contre 42.6% des femmes des résultats de l'enquête périnatale 2003. Le choix du suivi global procède d'une réflexion des couples, il semble être fait de manière éclairée.

### *2.3. Indicateurs de santé et prévention en période prénatale*

On note que 84,9% des femmes du groupe AGM ne fumaient pas, alors que ce chiffre est de 78% en 2003 et de 77,3% dans le groupe témoin de notre étude.

Ce chiffre pourrait s'expliquer par la qualité de l'information apportée aux femmes du groupe AGM sur l'importance d'une bonne hygiène de vie pendant la grossesse, par la sage-femme.

Effectivement sur 94.8% des femmes ayant suivi une préparation à la naissance, au moins 20,9% de ces cours sont axés sur des conseils d'hygiène de vie, le rôle d'éducation à la santé des sages-femmes étant ici mis en valeur.

Le taux de suivi de préparation à la naissance nous montre également le caractère indispensable de cette étape dans le choix d'accouchement à domicile éclairé, réfléchi et responsable quelque soit la parité des femmes. En revanche le taux de préparation en 2003 concernait 66.6% des primipares et de seulement 24.9% des multipares.

De même le poids moyen pris durant la grossesse informe sur le degré de responsabilisation des femmes vis-à-vis de leur santé durant cette période. Il est de 11,5kg pour ces femmes dans notre étude, alors que ce chiffre s'élève à 13kg en 2003 et dans la population témoin.

#### 2.4. Surveillance prénatale

En 2006, la majorité des femmes (62,1%) ne consultait la sage-femme pratiquant l'accompagnement global qu'au deuxième trimestre de grossesse et le nombre moyen de consultations avec celle-ci était de 6,3. Ce chiffre tend à se modifier actuellement du fait de la pratique de la déclaration de naissance par les sages-femmes (donc les 7 examens obligatoires étant réalisables par une même sage-femme) et de la circulation de cette information auprès des femmes. Cela court-circuite alors le passage des femmes chez un autre professionnel, lorsque le choix d'accompagnement est pris.

L'offre par les sages-femmes étant restreinte, les couples font appel à celle-ci de plus en plus tôt au premier trimestre.

Le suivi de grossesse à bas risque n'est pas encore suffisamment investi par les sages-femmes libérales en France, (en 2003 seules 3,5% des femmes étaient suivies par elles) ; la culture du suivi médical par celles-ci est en train d'évoluer, et de tendre à se normaliser.

Les patientes et les couples bénéficiant d'un AGM sont au centre du système de soins, participent aux prises de décision concernant la surveillance de la grossesse et sont amenés à avoir une réflexion sur l'opportunité de pratiquer certains examens. Le taux de patientes AGM n'ayant eu que deux échographies dans notre étude est de 22,8% vs 2,6% en 2003, cette différence peut s'expliquer par le questionnement de l'intérêt d'une troisième échographie lorsque les deux premières sont normales et que l'examen clinique ne relève pas d'anomalie au troisième trimestre (hauteur utérine normale, présentation céphalique).

#### 2.5. Surveillance du travail

En 1996, un des groupes d'études à l'OMS publie un guide pratique : *Les soins liés à un accouchement normal*. C'est la référence essentielle sur laquelle nous allons nous baser par la suite. Ce guide appelle à une révision des habitudes et des traditions en synthétisant des études réunies en Europe sur l'obstétrique et ses pratiques. [45]

#### *Comparaison entre auscultation et monitoring électronique du fœtus*

L'enregistrement électronique du rythme cardiaque fœtal (RCF) a été développé à partir des années 1960 et s'est rapidement généralisé par la suite pour devenir

aujourd'hui le mode de surveillance quasi systématique (88,7% des femmes témoins ont eu droit à un monitoring continu du RCF dès leur passage en salle d'accouchement.)

En revanche la surveillance du RCF est effectuée de manière discontinue par les sages-femmes libérales pour 87% des patientes, qu'il s'agisse d'une auscultation intermittente (70,7%) ou d'un monitoring électronique discontinu (16,3%).

A la demande de l'ANSFL en 2002, l'ANAES a évalué, sur la base des données de la littérature, l'intérêt et les indications des différents modes de surveillance du RCF dans le cas de l'accouchement normal. Les modalités de surveillance par écoute intermittente sont précisées dans le rapport de l'ANAES : « *la modalité la plus fréquente est celle de l'auscultation réalisée pendant 30 secondes, après une contraction et à une fréquence de toutes les 15 minutes au cours de la première phase du travail, puis toutes les 5 minutes au cours de la deuxième phase* ».

Il en ressort qu'aucune différence n'a été mise en évidence entre les deux techniques sur la mortalité périnatale et sur la survenue de séquelle neurologiques à long terme. [46]

« *Dans la majorité des accouchements sans risque accru, le monitoring électronique augmente le nombre des interventions ne présentant pas d'avantages évidents pour le fœtus et entraînant un inconfort supplémentaire pour les femmes.* » La cardiotocographie semble accroître le taux de faux positif et donc de gestes invasifs pour la mère réalisés à tort.

« *En conclusion, la méthode de choix pour la surveillance du fœtus pendant le travail normal est l'auscultation intermittente.* » (Page 22 du guide O.M.S., et Annexe 4) Cependant une telle pratique nécessite la disponibilité d'une sage-femme pour une seule parturiente, ce qui est possible lors d'un accouchement à domicile. L'intérêt du tracé continu semble surtout permettre une analyse rétrospective dans un intérêt médico-légal. L'effectif du personnel dans les lieux de naissance ne doit pas être une raison de monitoring continu car il entrave la liberté en donnant l'illusion de sécurité alors que sa valeur n'est que médico-légale.

## 2.6. Interventions médicales

Il apparaît particulièrement difficile, dans nombre de maternités, de protéger le concept d'accouchement « normal », si nous tenons à considérer ce dernier comme un processus sans intervention médicale. De plus l'aspect le plus néfaste de la gestion active est qu'elle s'est répandue (diriger le travail de manière à ce que la durée de celui-ci corresponde à une norme définie) dans la pratique et ce au détriment de l'aspect le plus

important de cette démarche, telle qu'initiiée par O'Driscoll et al. (1984), c'est-à-dire la présence constante de la sage-femme (« one to one »). [25]

On observe dans notre étude, une intervention médicale importante dans la population à bas risque témoin (pose de péridurale (61.4%), ocytocique (52.6%), amniotomie précoce (30.8%)), malgré un taux de diagnostic de pathologie effective durant leur travail de 29.9%. Dès lors ces gestes ne semblent pas avoir majoritairement un but thérapeutique, mais plutôt découler d'une pratique de routine.

Dans son mémoire de fin d'étude, M. Audfray évalue la médicalisation systématique chez les primipares à bas risque obstétrical (Bourg-en-Bresse, 2003), et compare trois populations (une ayant eu une médicalisation précoce du travail (n=75), une en ayant eu une tardive (n=29), et une n'ayant eu aucune médicalisation (n=44)). Il a analysé les indications de direction médicale et il en ressort que la prise en charge médicale précoce, lorsque le risque obstétrical est bas n'est pas une pratique recommandée. [47]

Différer autant que possible la médicalisation et la limiter lorsqu'une indication médicale n'est pas strictement définie semble une attitude sage pour éviter d'augmenter la fréquence des extractions instrumentales et d'abaisser le score d'Apgar.

De plus selon les études de Hodnett et Osborn en 1989, il a été constaté qu'une femme ayant un accouchement à faible risque et donnant naissance à son premier enfant dans un hôpital universitaire pouvait être entourée d'un nombre de personnes allant jusqu'à 16 pendant 6 heures de travail, mais néanmoins être laissée seule la plupart du temps. [25]

Le rapport de l'OMS conclut : « *les geste de routine, bien que non familiers, la présence de personnes inconnues et le fait d'être laissée seule pendant le travail et/ou l'accouchement ont été la cause de stress et celui-ci peut entraver le cours de l'accouchement en le prolongeant et en déclenchant ce qui a été décrit comme une cascade d'interventions* ». (p.12 du guide pratique).

### 2.6.1. L'analgésie péridurale

Les taux d'utilisation de la péridurale pour la population témoin est de 61.4% et de 62.4% pour l'enquête périnatale 2003. Dans son rapport sur l'évaluation des pratiques pour une population à bas risque, le réseau sentinelle d'AUDIPOG note un usage de la péridurale chez 48.8% des multipares et chez 77.9% des primipares.

La péridurale semble être la réponse majoritaire pour pallier à la violence des contractions, en revanche seulement 40% des femmes AGM transférées en cours de travail vers l'hôpital dans notre étude, ont eu une péridurale (sachant que 86.6% des femmes transférées étaient des primipares), il semble que l'AGM permette une meilleure gestion de cette douleur quelque soit le lieu d'accouchement.

Un des rôles essentiels de la sage-femme est d'aider les femmes à supporter les douleurs du travail afin d'éviter l'anesthésie péridurale autant que faire se peut. Dans son rapport, l'OMS insiste sur le fait que « *dans les soins qui entourent un accouchement normal, les méthodes non pharmacologiques pour atténuer la douleur, comme l'attention personnelle accordée à la femme en travail, sont de la plus haute importance* » et que « *les méthodes pharmacologiques ne doivent jamais remplacer cette attention, [...] et ne font pas partie des soins essentiels pendant un accouchement normal* ». (p. 19 du rapport de l'OMS).

#### 2.6.2. L'extraction instrumentale

Notre étude, en comparant le travail naturel (majorité de la population AGM (59.8%)) et le travail médicalisé (majorité de la population témoin (83.5%)) montre que l'accouchement eutocique est significativement beaucoup plus fréquent en l'absence de médicalisation (93.8% pour l'AGM contre 84.5% pour la population témoin,  $p=0.04$ ). Le corollaire étant un taux d'extractions instrumentales très important, respectivement lorsque le travail a été médicalisé (4.1% contre 13.4%,  $p=0.02$ ).

En effet dans les études du mémoire de C-A Pireyn-Piette, le taux d'extraction est moindre dans le groupe AAD avec un  $OR=0.41$  (0.14-1.04) (Ackerman et al. 1996), 2% vs 4.1% ( $p<0.001$ ) (Chamberlain et al, 1997), 3.2% vs 13% pour le groupe AHP (accouchement prévu à l'hôpital). (Annexe 7), [44].

Ce taux est de 1.7% dans l'étude de M. Munier chez les femmes ayant prévues d'accoucher à domicile. Dans l'étude de M. Audfray, il est de 15% chez des primipares à bas risque dont le travail a été dirigé sans indication médicale retrouvée, alors que celle sans direction du travail ne présentaient que 2.3% d'extractions instrumentales. [41], [47]

L'observation du taux d'accouchements voie basse spontanée est intéressant, sachant que les populations étudiées étaient pour la plupart des femmes à bas risque, un taux élevé de ceux-ci était attendu.

Tableau : Comparaison des modes d'accouchements en fonction du lieu prévu d'accouchement dans la littérature (AGM versus AHP(accouchement prévu à l'hôpital))

	% VB Spontanée			% VB instrumentale			% Césarienne		
	IP	XP	Total	IP	XP	Total	IP	XP	Total
<b>Notre étude</b>									
AGM=97	85.7%	98.2%	<b>93.2%</b>	9.7%	0%	<b>4.1%</b>	2.4%	1.8%	<b>2.1%</b>
AHP=97	68.3%	100%	84.5%	26.8%	3.6%	13.4%	4.8%	0%	2.1%
<b>Etude de</b>									
<b>M.Munier</b>									
AGM=2 243	90.0%	99.1%	<b>96.4%</b>	4.7%	0.4%	<b>1.7%</b>	5.3%	0.5%	<b>1.9%</b>
<b>Kenneth</b>									
<b>C.Johnson</b>									
<b>et al.2005,USA</b>									
AGM=5 418	-	-	<b>94.7%</b>	-	-	<b>1.6%</b>	-	-	<b>3.7%</b>
AHP=3 360868	-	-	73.6%	-	-	7.4%	-	-	19%
<b>Chamberlain</b>									
<b>et al., 1997,</b>									
<b>U.K.</b>									
AGM=5 971	-	-	<b>94.7%</b>	-	-	<b>2.4%</b>	-	-	<b>2.0%</b>
<b>AUDIPOG</b>									
<b>2003, France</b>	61.3%	95.7%	74.1%	23.3%	2.3%	17.6%	15.1%	2.0%	11.5%
AHP=6 568									

Malgré des pratiques variables selon les lieux d'étude, dans 3 études aux résultats concordants, il y a 2 à 4 fois plus d'extraction instrumentale de même pour les taux de césarienne (dans la littérature uniquement) dans le groupe AHP que dans le groupe AGM et ce d'autant plus chez les primipares.

Un soutien continu de la sage-femme pendant le travail peut expliquer le moindre taux d'interventions ici mis en évidence à domicile.

## 2.7. Résultats maternels :

Les accouchements prévus à domicile avec des sages-femmes libérales expérimentées présentent des taux de morbidité maternel et périnatal similaire à ceux des accouchements à bas risque obstétrical ayant lieu en centre hospitalier.

Les critères de morbidité maternelle étudiés sont l'état du périnée, et le taux d'hémorragie.

Tableau : Comparaison des résultats de morbidité maternelle en fonction du lieu prévu d'accouchement dans la littérature

	Périnée intact	Épisiotomie	Hémorragie (avec transfert ou intervention médicale)
<b>Notre étude</b>			AAD : 1.2%, mais de
AGM=97	3 fois plus	8 fois moins dans	20% pour le groupe
AHP=97	fréquent si AGM (57.7% vs 17.5%)	le groupe AGM (4.1% vs 36.1%)	AGM/AH* AHP : 2.1% p=NS
<b>Etude de M.Munier</b>			
AGM=2 243	55.2%	6.7%	0.4%
<b>Kenneth C.Johnson et al.2005, USA</b>			
AAD=5 418		15 fois plus dans le groupe AAD (2.1% vs 33%)	
AHP= 3 360 868			
<b>Chamberlain et al., 1997, U.K.</b>			
AAD=5 971	Taux supérieurs pour AAD (47% vs 39%, p<0.001)	Moindre dans le groupe AAD (5.1% vs 13.1%)	Moins élevée dans le groupe AAD que AHP (2% vs 4.7%), Mais 9% pour les AGM/AH.
<b>Ackermann et al, 1996, Suisse</b>			
AAD=489	Plus fréquent si AAD 36% vs 9%	Moindre si AAD 26% vs 74%	AAD : 0.6% AHP : 1.3% Pas de différence

\*AGM/AH=femmes du groupe AGM mais ayant accouchée à l'hôpital (femmes transférées).

Il y a une diminution des lésions périnéales (pour laquelle il faut envisager un biais de résultats), et une pratique bien moins fréquente de l'épisiotomie en AAD.

Deux études de la littérature confirment l'absence de différence significative entre les deux groupes pour le taux d'hémorragie de la délivrance, bien que la tendance soit dans les deux cas en faveur d'une réduction en AAD. Pourtant dans le groupe AGM, il y a eu 93.2% de délivrance naturelle, alors que l'HAS recommande l'injection prophylactique d'ocytocine (grade B : présomption scientifique selon l'échelle proposée par l'ANAES) [48]. On devrait donc avoir alors plus d'hémorragies dans le groupe AAD, ce qui n'est pas le cas.

Il semble donc que la présence constante de la sage-femme auprès de la femme dans le post-partum immédiat, l'absence de médicalisation du travail et la surveillance clinique continue pendant cette période soit des facteurs protecteurs pour le risque d'hémorragie.

Par contre la fréquence des hémorragies est augmentée en cas de transfert dans notre étude et celle de Chamberlain.

## 2.8. Résultats périnataux

Tableau : Comparaison des résultats périnataux, avec la littérature, en fonction du lieu d'accouchement prévu.

	Mortalité périnatale	Apgar<= à 7 à 5mn	Gestes de réanimation	Transfert
<b>Notre étude</b>	Nulle dans les deux groupes.	AGM : 1% AHP : 6.2%	AGM : 3% AHP : 12.3%	AGM : 4.1% AHP : 3%
AGM=97 AHP=97				
<b>Etude de M.Munier</b>	0.9‰	0.6%	2.1%	1.6%
AGM=2 243				
<b>Kenneth C.Johnson et al.2005, USA</b>	1.7‰	1.3%	4.2%	2.4%
AAD=5 418				
<b>Chamberlain et al. 1997, U.K.</b>	1‰	0.7%	6.2% (taux d'intubation et de ventilation)	-
nAAD=5 971				
<b>AUDIPOG, 2003</b>	-	1.8%	3.4%	Immédiat : 2.1% Différé : 0.6%
N=6 568				

L'état de l'enfant à la naissance (Apgar) semble, dans notre étude, correspondre aux données de la littérature. En revanche le taux d'interventions (transfert et geste de réanimation) est supérieur dans notre étude, tant pour les nouveau-nés de l'AGM que pour ceux témoins, aux taux de la littérature, l'effectif restreint de notre étude pourrait expliquer ces différences.

Les données de la littérature, concernant la mortalité intra-partum et néonatale des accouchements planifiés hors centres hospitaliers et de celle des accouchements à faible risque en centre hospitalier, ont été confrontées dans l'étude de Kenneth C Jackson et s'accordent à un taux compatible de mortalité variant de 0.7 à 3.5‰. On peut noter que lors du plan périnatalité 2005-2007, le taux de mortalité tout niveau de pratiques confondu était en France de 6.5‰. [43]

### *2.9. Constatations après analyse des résultats*

- On constate que les AAD prévus avec des sages-femmes libérales présentent des taux de morbidité maternelle et périnatale similaires à ceux des accouchements à bas risque ayant lieu en centre hospitalier et les taux d'interventions médicales sont inférieurs pour les femmes accouchant à domicile, de plus ces données sont conformes avec la littérature.
- On observe donc de bons résultats périnataux et maternels avec les femmes à bas risques obstétricaux accouchant à domicile sans interventions médicales de routine.
- Il n'y a pas d'argument scientifique pour déconseiller l'AAD à une femme avec grossesse à bas risque, accompagnée d'une sage-femme expérimentée, avec un transfert possible dans un hôpital.

### 3. Discussion et propositions

Les sages-femmes libérales organisent leur prise en charge en sélectionnant leurs patientes, et ce en réalisant une surveillance prénatale correspondant aux recommandations actuelles. La surveillance lors de l'accouchement est peu interventionniste et respecte la physiologie de l'accouchement, de la femme et de l'enfant à naître. Un des facteurs favorisant cette surveillance est la présence constante de la sage-femme au côté de la femme, ainsi, toute anomalie sera détectée au plus tôt, ce qui est primordial pour optimiser la prise en charge. « Démédicaliser » ne signifie pas se priver des investigations cliniques ou para-cliniques ou se priver des moyens matériels qui peuvent devenir nécessaires à la sécurité de la mère et de l'enfant à un temps t.

Comme nous l'avons vu au cours de notre étude, les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global proposent un suivi médico-psychologique de la femme du début de sa grossesse jusqu'aux suites de couches, tout en pratiquant l'accouchement.

Ce suivi global, recherché par les couples, permet d'instaurer une relation de confiance avec la sage-femme, rassure les futurs parents et permet de définir ensemble ce qui semble être le plus sécurisant pour eux pour vivre cet évènement sereinement. Le respect de la physiologie et l'obtention des résultats plus qu'honorables en ce qui concerne la morbidité maternelle, surtout pour les multipares, lors du suivi global, est vraisemblablement dépendant d'une sélection rigoureuse, afin d'éliminer les antécédents et les facteurs de risques incompatibles pour une naissance à domicile.

Les questionnements que soulève ce type d'étude sont multiples, nous nous proposons de dégager quelques axes de réflexion, sans pour autant avoir la prétention d'en connaître les solutions, afin de mieux apprécier les enjeux que suscite la place de l'accouchement à domicile dans le système de santé actuel.

### 3.1. *Optimiser l'accompagnement global de la naissance :*

#### 3.1.1. *Le droit des usagers à disposer d'un vrai choix [49]*

Le but de notre étude n'est pas de prôner le domicile plus qu'un autre lieu de naissance, mais de faire respecter le choix des femmes et des sages-femmes. Le nombre de femmes enceintes souhaitant un accouchement naturel est sans nul doute plus important que celui des femmes désirant accoucher à domicile.

Cette demande devrait également pouvoir être prise en considération par une politique de santé qui entend offrir plus d'humanité et veut considérer les patientes comme de véritables actrices du réseau de périnatalité.

D'autant que la satisfaction des couples ayant bénéficié d'un suivi global, n'est en aucun cas à remettre en cause, d'après les enquêtes réalisées auprès des femmes dans plusieurs mémoires d'étudiantes sur le sujet. Ce qui signifie que le cadre proposé par la charte de l'accouchement à domicile décrit une pratique réalisable et vraisemblablement répondant à la majorité des attentes des parents.

L'entretien du 4<sup>e</sup> mois semblerait le moment propice pour entendre les attentes particulières des couples, leur proposer les différents choix qui s'offrent à eux et les mettre en contact avec les sages-femmes pratiquant un accompagnement global si c'est ce qui leur correspond (elles sont répertoriées sur le site de l'ANSFL).

#### 3.1.2. *L'accompagnement « semi-global »*

L'accompagnement « semi-global » par une seule et même sage-femme, durant la grossesse et après une sortie précoce de la maternité pourrait également être une alternative à l'accouchement à domicile, cette pratique semble correspondre aux attentes d'un accompagnement personnalisé, non seulement pour les parents rencontrant une sage-femme ne pratiquant pas les accouchements, mais également pour ceux ne répondant pas aux critères de bas risque.

Ce suivi doit alors s'inscrire dans un travail en réseau des professionnels afin que l'accouchement en structure hospitalière ne soit pas vécu comme une rupture. Ainsi la préparation et la discussion autour d'un projet de naissance lors du contact au cours des consultations du 8<sup>e</sup> et du 9<sup>e</sup> mois se justifient d'autant plus.

Les questions qui se posent sont celles-ci : comment accueillir les femmes à bas risque au sein des lieux de naissance, comment préserver, tout au long de la grossesse et de l'accouchement, la physiologie de la maternité ?

Il semble que le suivi par une sage-femme soit déjà un élément de réponse.

### 3.2. *Réflexions sur l'optimisation de la pratique hospitalière et les taux d'interventions médicales.*

#### 3.2.1. *Les insuffisances du plan périnatalité 2005-2007 [50]*

Le plan périnatalité 2005-2007 semble alors en contradiction avec les attentes des professionnels et les besoins organisationnels du système périnatal français. La concentration des accouchements dans de grandes structures et la fermeture de celles de proximité mettent à mal l'objectif affiché de proximité géographique.

La sécurité réelle peut-elle être au rendez-vous sans une réflexion autour du nombre de patiente maximum qu'il est possible de suivre par une même sage-femme en salle d'accouchement.

A l'hôpital, malgré la politique de centralisation des naissances dans de grandes structures, le nombre de sages-femmes est insuffisant par rapport à la charge de travail, l'argument étant que les prouesses technologiques permettent des économies de personnel. Pour faire face à cette charge excessive, le recours accru à la technologie permet de soulager le personnel.

La présence humaine est remplacée par des machines: le monitoring permet aux sages-femmes de surveiller le rythme cardiaque fœtal à distance via la télémétrie, l'analgésie péridurale autorise les sages-femmes à laisser les parturientes seules, car elles n'ont plus besoin d'être accompagnées dans la douleur de chaque contraction.

Ainsi il est devenu tout à fait banal de voir un couple seul durant toute la durée du travail dans la salle de naissance plongé dans un univers de machines et de fils. Et toutes les heures, la sage-femme vient, dans la salle, annoncer le verdict de l'évolution du travail, et agir à coup d'injections si celui-ci n'avance pas assez vite. Il ne faut pas non plus perdre de temps, car la salle doit être libérée pour d'autres femmes qui vont arriver pour accoucher.

Enfin, l'objectif de qualité, du plan 2005-2007, ne saurait être atteint sans une remise en cause des pratiques de routine en matière d'accouchement.

L'évaluation des pratiques professionnelles et l'instauration de groupes de réflexion autour de ces pratiques, au sein des équipes obstétricales hospitalières, semble être une des perspectives permettant une meilleure compréhension des besoins de base de la femme qui accouche.

Une réflexion commune avec des associations de parents pourrait permettre une approche moins frontale des projets de naissance. Dans la société actuelle, où les

plaintes des patients sont en augmentation, les recours en justice existeront d'autant moins que les couples se sentiront écoutés et auront été éduqués à prendre la responsabilité de leur santé.

### *3.2.2. Création de conditions favorables dans l'organisation des salles de naissances*

Cette étude permet une double prise de conscience : le manque de considération des facteurs environnementaux facilitant la naissance dans nos salles d'accouchements, le non respect de la physiologie qui s'ensuit entraînant trop souvent une escalade d'interventions et de complications iatrogènes.

Parmi les propositions, on peut imaginer de rendre les lieux familiers et confortables, notamment grâce à l'installation de « chambres de naissance ».

Il est difficile de pratiquer l'AGM dans une structure hospitalière, mais on peut proposer de joindre au dossier obstétrical, en plus du projet de naissance, des « données sensibles » recueillies par la sage-femme suivant la grossesse dans la cadre d'un accompagnement « semi-global », d'un transfert suite à un accouchement planifié à domicile ou à défaut d'un suivi global par la sage-femme de préparation à la naissance, permettant de mieux cerner la femme, ses peurs, désirs et besoins et donc de mieux l'accompagner.

Ces « données » ont un intérêt aussi pour les sages-femmes en leur restituant leur rôle d'accompagnement, en mettant en place un contact singulier entre la femme et la sage-femme, celui-ci n'étant parfois pas évident du fait des quelques heures passées en salle de naissance.

### *3.2.3. La formation et l'habitude des professionnelles*

Mais cela est très dépendant de la formation et de l'habitude à accompagner les accouchements physiologiques des sages-femmes. Il en est de même de la question du savoir des sages-femmes françaises, présidé dans son ensemble par un corpus scientifique médical, servant d'unique référence à la profession de sage-femme au sortir de la formation initiale.

La question qui se pose alors est : la formation initiale permet-elle d'envisager la profession sous cet angle ?

Voici un élément de proposition : l'organisation d'une intervention par des sages-femmes libérales, au sein des écoles de sages-femmes, non seulement sur le sujet de l'accompagnement global et de l'accouchement à domicile, mais aussi sur les compétences au sens large de la sage-femme libérale, est une des idées abordées lors

de l'Assemblée Générale de l'association des sages-femmes libérales (22 novembre 2008, Paris Ve).

L'intérêt d'une telle rencontre permettrait d'une part de sensibiliser les étudiants sur cette manière d'envisager l'exercice professionnel et sa réalité. D'autre part, l'origine associative de cette démarche permettrait de couvrir tout le territoire, malgré le manque actuel de représentativité des professionnelles dans plusieurs départements.

### 3.3. *Réflexions sur l'optimisation de la pratique de l'accouchement à domicile*

Selon la thèse d'Anne Théau : « *Interdire l'accouchement à domicile en France n'est pas justifié mais copier le système hollandais sans s'en donner les moyens conduirait à un échec. Il faut une volonté politique pour considérer l'AAD comme un acte possible en toute sécurité.* »

#### 3.3.1. *Exiger la sélection des femmes enceintes [51]*

En laissant les femmes choisir, l'étude de Wiegers et al. A montré qu'il y a une sorte d'auto-sélection des femmes qui choisissent l'accouchement à domicile : elles sont plus âgées, en meilleure santé, de meilleur niveau socio-économique et ont moins d'antécédents péjoratifs. Mais elle doit être complétée par une sélection des professionnels sur la base d'un code de bonnes pratiques élaboré à partir de la liste de Kloostermann avec intégration de la motivation des femmes.

#### 3.3.2. *Minimiser les risques liés aux transferts*

Les femmes habitant à plus de 30 minutes ne devraient pas pouvoir accoucher à domicile, or actuellement certaines le font car en l'absence d'accès à un plateau technique, le domicile est bien souvent le seul lieu pour un suivi global.

Pour permettre aux femmes habitant trop loin, ou ne répondant plus aux critères de sélections d'un AAD, d'envisager un accompagnement global trois options peuvent être envisagées :

- *multiplier l'accessibilité des sages-femmes libérales aux plateaux techniques*, mais ces expérience se traduisent souvent par des échecs du fait, notamment, de la rencontre des équipes médicales et des sages-femmes principalement en cas de complications, et les équipes ont tendance à ne voir que le danger d'un AAD.

- *créer des maisons de naissances*

Une maison de naissance est une structure non-médicalisée par principe, la sélection des femmes correspond à celle de l'accouchement à domicile, la motivation des couples est indispensable, mais c'est la sage-femme seule qui décide en dernier d'accepter ou non un accouchement en maison de naissance. La responsabilité de la sage-femme, dans la décision d'un transfert, est la même que celle de salle de naissance qui doit décider d'appeler le médecin quand il y a détection de pathologie.

Divers arguments freinent l'ouverture de projets pilotes, ceux-ci sont développés dans les travaux de P. Viossat, et repris par E. Desnoyers en janvier 2009, dans les dossiers de l'obstétrique. [52], [53], [54]

*- créer des centres de naissance au sein de l'hôpital (ex du C.A.L.M. (Comme à la maison))*

Un nouveau lieu de naissance est maintenant attaché à la maternité des Bluets fonctionnant à la manière d'un espace physiologique géré par des sages-femmes libérales en parfaite autonomie, mais réduite à utiliser le plateau technique voisin pour effectuer les accouchements, car en attente de la promulgation d'un décret.

Comment expliquer que ces types de structures soient en activité en Allemagne, en Suisse, au Québec, et que ces pays industrialisés ne soit pas revenu sur leur aspect sécuritaire ?

Que dire alors de la tentative de contrôle sur les sages-femmes et leurs activités en refusant la pratique de l'AAD, en maison de naissance, ou même encore souvent en plateau technique malgré la loi les y autorisant ?

### *3.3.3. La question de l'assurance des accouchements à domicile [30]*

Afin d' « Agir pour la liberté d'exercice », les présidentes de l'ANSFL et l'UNSSF ont publié en janvier 2009 un article dans les Dossiers de l'Obstétrique à propos de leur décision de « *mettre en œuvre une action groupée auprès du bureau central de tarification afin d'obtenir une assurance couvrant l'accouchement à domicile, et cela à des tarifs compatibles avec les revenus des sages-femmes libérales... Cette démarche si elle n'aboutissait pas, nous servirait de base de négociation auprès des pouvoirs publics sur deux axes : l'aide financière et la définition claire des missions de la sage-femme en santé publique.* »

De plus pour que chaque sage-femme puisse exercer toutes ses compétences et que chaque femme puisse choisir d'accoucher à la maison en étant accompagnée par une

sage-femme une pétition à été lancée afin de dénoncer le refus de prise en charge par les assureurs et demander à ce qu'une solution soit trouvée dans les plus brefs délais.

### 3.4. *Réflexions sur le rôle des sages-femmes*

Les résultats présentés dans notre étude mettent donc en avant le rôle majeur que la sage-femme doit jouer pour les soins à prodiguer en cas de grossesse normale, c'est-à-dire dans la majorité des cas.

En France, les grossesses peuvent être suivies par un médecin généraliste, une sage-femme, ou enfin un gynécologue obstétricien (ordre énoncé dans les carnets de maternité pour informer les femmes quant à leurs possibilités de suivi), quelque soit le risque de la patiente.

A une demande de plus d'écoute émanant des femmes enceintes, la réponse en terme d'*humanité*, dans le plan périnatalité 2005-2007, est limitée à l'intervention de psychologues et la création d'un entretien supplémentaire au 4<sup>e</sup> mois de grossesse. Le caractère médico-psychologique de l'accompagnement par une sage-femme libérale, d'autant plus lorsqu'il est précoce, paraît répondre plus justement à cette demande.

La question du choix proposé rejoint également celle des critères de sélection que l'on pourrait mettre en place pour adapter l'offre au niveau de risque obstétrical que présente les femmes enceintes, en se basant sur des listes comme celle utilisée au Pays-Bas.

Ne serait-il pas plus judicieux de redéfinir précisément les compétences de chacun pour une organisation plus claire des responsabilités ? Mais une question en amenant une autre, on peut alors se demander :

- que décide-t-on aujourd'hui de mettre en œuvre, individuellement et collectivement, pour réaffirmer le rôle propre de la sage-femme dédié à la prise en charge de la physiologie ?
- les sages-femmes ont-elles envie de défendre cette place, de faire cet effort et de développer l'identité et la spécificité de notre métier ?

Une autre manière de s'interroger sur les compétences exploitées par les sages-femmes est la question de la place de l'accompagnement global dans la pratique de la sage-femme. Qu'est-ce qu'être sage-femme en France, si la possibilité de l'être de manière « complète » n'est pas encouragée par le système périnatal ?

Le développement actuel du recours par les parents à une accompagnatrice de la naissance (les *doulas*) souligne ici l'insuffisance de l'offre d'accompagnement des couples par le milieu médical, n'est-ce pas le rôle des sages-femmes ?

### 3.5. *Réflexion sur l'impact économique*

On peut enfin s'interroger sur la place, dans la sphère économique de la santé en France, de ce type de réflexion d'une naissance « autre » ?

A l'époque où le déficit de la sécurité sociale anime beaucoup de débats, la prise en compte des avantages financiers d'une telle attitude peut être intéressante.

Dans l'étude de Kenneth C Johnson, une analyse économique a démontré qu'une naissance sans complication par voie vaginale en centre hospitalier aux États-Unis coûte en moyenne trois fois plus qu'une même naissance à domicile avec une sage-femme, dans un environnement où la naissance est devenue une entreprise économique, médicale et industrielle. [43]

En raisonnant de manière simplifiée le coût d'une prise en charge standardisée de la femme en structure hospitalière est défini par les tarifs journaliers de prestations (arrêté de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation) appliqués à partir du 1<sup>er</sup> juin 2008 au CHU d'Angers. Ainsi le coût d'une hospitalisation complète en maternité est de 899€ par jour auquel on ajoute un forfait journalier de 16€, le coût de la prise en charge s'élève à près de 2 800€ si l'on compte trois jours d'hospitalisation en suites de couche.

A l'inverse le coût d'un accouchement à domicile s'élève environ à 500 à 700€ selon la grille de tarification des honoraires de la sage-femme, la différence de prix résidant dans la variation des indemnités kilométriques du fait de la distance entre le lieu d'habitation de la sage-femme de celui des parents (une explication du détail de cette tarification est en *annexe 8*).

Un accouchement à domicile s'avère trois à quatre fois moins coûteux que la prise en charge proposée actuellement à l'hôpital durant la période périnatale. L'argument financier de cette alternative, semble donc cohérent et non négligeable dans le contexte économique français de la Sécurité Sociale.

## Conclusion

Malgré les bénéfices apportés par l'accouchement à domicile montrés dans cette étude : diminution de la morbidité maternelle (notamment des multipares), diminution du nombre d'interventions (réduction au moins par deux du nombre d'extractions instrumentales, d'épisiotomies...), cette alternative doit rester un choix éclairé pour les couples car la sécurité est indissociable d'un choix responsable.

Il paraît difficile de réaliser une étude randomisée à ce sujet, car les effets liés à l'auto-sélection des femmes à risque minimal et les effets réels de l'accouchement à domicile, ne peuvent à priori pas être évalués séparément.

Une évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes françaises semble être un point essentiel, et la réalisation d'une étude comparative (accouchement prévu à domicile versus à l'hôpital) sur plusieurs années, avec une cohorte de patientes à bas risque largement supérieure à celle de notre étude, serait nécessaire.

On peut alors se demander : qui serait gagnant à la publication des résultats d'une telle étude ?

La profession elle-même certainement, mais aussi les mères, les futures mères et plus largement toute la population qui peut avoir besoin à un moment donné des services d'une sage-femme – encore faut-il connaître ses possibilités de prestations.

Les politiques de santé auraient aussi un intérêt évident à mieux définir le cadre de la profession afin d'élaborer des projets et des lois qui soient en accord avec les spécificités d'exercice des sages-femmes françaises et de penser la sécurité de la naissance dans des modalités qui soient adéquates.

Enfin, l'évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales, leur redonnerait une visibilité, qui permettrait peut-être aussi une revalorisation de la profession, la prise en compte des compétences réelles de la sage-femme, et une valorisation de leur statut par les pouvoirs publics, les autres professionnels(les) de la périnatalité et les usagers(ères).

Les résultats de notre étude amènent une réflexion sur les pratiques hospitalières et les pistes d'optimisation de celles-ci. Le coût de ces changements pourrait être

compensé par une augmentation parallèle des suivis globaux par les sages-femmes libérales et par la création de structure alternative à l'hôpital (domicile déplacé) afin d'améliorer la sécurité des femmes à bas risque, habitant trop loin d'une structure hospitalière, et qui accoucheraient à domicile.

D'autre part, la prise en charge des femmes à bas risque par les sages-femmes libérales, permettrait une meilleure disponibilité des personnels et des moyens hospitaliers pour accueillir les femmes à haut risque dans des conditions optimales.

Au terme de l'étude, il n'apparaît pas d'évidence scientifique permettant de favoriser plutôt un lieu d'accouchement que l'autre, pour les patientes sélectionnées à bas risque, s'étant préparées et ayant planifié les conditions de l'accueil de leur nouveau-né en fonction du lieu choisi : domicile ou hôpital.

Il ne semble alors pas justifié de recommander plus un accouchement en structure hospitalière que celui à domicile, et vice versa, mais une information claire devrait être donnée à chaque couple avec les risques généraux et spécifiques inhérents à chaque lieux.

A l'heure d'une pénurie d'obstétriciens, de la fermeture des « petites » maternités, les sages-femmes reprendraient alors toute leur place auprès des mères, des nouveau-nés et des familles au vu et au su de tous, et pourraient alors réinvestir complètement la totalité de leur rôle, tel qu'il est défini dans les textes réglementaires.

## Bibliographie

- [1] République Française, Code de la Santé Publique, Art L.4151-2 à L.4151-4 modifiés par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 *relatifs aux conditions d'exercice de la sage-femme*.
- [2] KNIBIELHER Y. *Accoucher: Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Ed ENPS ; 2007,189p.
- [3] WHO / FIGO / INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM), *Définition internationale de la sage-femme*, 1992. (Consulté le 12/11/2008) [Disponible à partir de l'URL : <http://www.arcade-sages-femmes.ch/page.asp?np=3&id=22>.]
- [4] Directive CE/2005/36, *relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles*, 2005.
- [5] AKRICH M, COEURET-PELLICER M, BOUVIER-COLLE M-H, SALANAVE B, et le Groupe Moms, *Les causes obstétricales de décès expliquent-elles les différences de mortalité maternelle entre la France et l'Europe ?* J Gynecol Obstet Biol Reprod n°28 ; 1999, 62-68.
- [6] INSERM, *Rapport européen sur la périnatalité: la France comparée aux autres pays d'Europe*, in European perinatal health report, Better statistics for better health for pregnant women and their babies by the Euro-Peristat project in col with SCPE, Eurocat & Euroneostat, 2004, 282p.
- [7] AKRICH M, *Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas*, in dossier « Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? », INPES, La Santé de l'Homme, n°391, sept 2007, pp 45-7.
- [8] CESBRON P, *La « sécurité » pour les concentrations hospitalières ?*, in Spirale dossier n°37, éd Erès, mars 2006.
- [9] DURIF-BRUCKERT C, DAVID S, DURIF-VAREMBONT J-P, SCHARNITSKY P et MAMELLE N, *Evaluation qualitative de l'application du décret périnatalité. Un renforcement des mécanismes de la surmédicalisation*, in Santé Publique n°19 ; mars 2003, p.229-39.
- [10] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret sur la sécurité des naissances n° 98-899 du 9 octobre 1998, *relatif aux établissements de santé, publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale*. JO n°25 ; 1998,15 343-8.

- [11] BREART G, PUECH F, ROZE JC, *Mission périnatalité, conclusions, vingt propositions pour une politique périnatale* ; septembre 2003, 26p.
- [12] Ministère de la santé, *plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité »* ; 2004, 44p.
- [13] HAS, *Recommandations : Suivi et Orientation des Femmes Enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, La Revue Sage-femme n°6 ; 2007, p.216-8.
- [14] Rapport du groupe de travail auprès du Haut Comité de la Santé Publique, *La sécurité de la naissance*, Les Dossiers de l'Obstétrique n°205 ; 1993, p.3-14.
- [15] JACQUES B, *Sociologie de l'accouchement*. Ed Le Monde PUF ; 2007, 210p.
- [16] CESBRON P et KNIBIELHER Y, *La naissance en occident*, Ed Albin Michel ; 2004, 364p.
- [17] Collectif InterAssociatif autour de la Naissance, *Plateforme de propositions en 40 points*, participation aux Etats Généraux de la Naissance ; 6 juin 2003.
- [18] CHAMBERLAIN G, WRAIGHT A, CROWLEY P, *Home Births – The report of the 1994 confidential enquiry by the national Birthday Trust fund*. Parthenon Publishing ; 1997.
- [19] THEAU A, *L'accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français actuel ?* Thèse en médecine, Montpellier 1, 1998.
- [20] DUPUIS O. et al, *Accouchement à domicile, opinion des femmes française et risque périnatal*, résultats de l'enquête DOM 2000, in *Gynecol Obstet Fertil*, 30, pp.677-83.
- [21] BUCKLEY S J, *Gentle Birth Gentle Mothering: The Wisdom and Science of Gentle Choices in Pregnancy, Birth and Parenting, les risques cachés de l'analgésie péridurale*, trad par S. Dupras, 2006.
- [22] ODEMENT M, *Un nouveau regard sur la naissance*, extrait de *The Scientification of Love*, Londres, 1999.
- [23] UVNAS MOBERG K, ODEMENT M et MARTIN J. *Ocytocine: l'hormone de l'amour : ses effets sur notre santé et sur nos comportements*, Ed Le souffle d'or 2006.
- [24] VUILLE M. *Les sages-femmes face à l'accompagnement global, quels enjeux professionnels et sociaux ?* Perspective soignante n°7 ; avril 2000, pp.125-43.
- [25] PAGE LA. *Le nouvel art de la sage-femme*. Ed Elsevier ; 2004.

- [26] Comité Femmes Sages-Femmes. *L'accouchement à domicile : une réalité, un droit, une richesse pour la société québécoise...*, document d'information et de sensibilisation, Québec, janvier 2002.
- [27] OMS (Organisation Mondiale de la Santé), *Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement Fortaleza*, Brésil, 22-6 avril 1985.
- [28] BARDIN BEDU C. *Démédicalisation: le point de vue d'une sage-femme expert*. Les dossiers de l'obstétrique n°113; 1994, p.16.
- [29] BLANCHOT-ISOLA C. *Accoucher à domicile, en maison de naissance, sans obstétricien, progrès ou régression ?*, extrait des 10<sup>ème</sup> JTA sages-femmes. Les dossiers de l'obstétrique n°318 ; 2003, pp.3-5.
- [30] PLATEL L et LAVILLONNIERE J, présidentes de l'ANSFL et de l'UNSSF, *Agir pour la liberté d'exercice*. Les dossiers de l'obstétrique n°378, 2009, p.37.
- [31] CEAS M. *L'accouchement à domicile aux Pays-Bas*. Les dossiers de l'obstétrique n°185 ; 1991, p3-16.
- [32] AKRICH M et PASVEER B. *La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation ?* Revue française d'administration publique n°76 ; 1997, pp.575-84.
- [33] SHELDON T, *Obstetric care must change if Netherlands is to regain reputation for safe childbirth*. BMJ, 336; 2008, p.239.
- [34] GOER H. *Obstetrical myths versus research realities – A guide to the medical littérature*. Wesport : Bergin et Garvey, chap 17 ; 1995, pp.331-47.
- [35] Department of Health, *Changing Childbirth*. The report of the Expert Maternity Group (Crumberlege report). Londres : HMSO ; 1993.
- [36] I. CHALMERS et al, *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, Oxford ; 1989.
- [37] Office Nationale des Statistiques, Bureau Général des Enregistrements Statistiques d'Ecosse. *New national statistics : big increase in home births across UK*, Agence pour la Recherche et les statistiques d'Irlande du Nord, 2006.

- [38] MIKELIC T. *Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni*. Les dossiers de l'obstétrique n°368 ; 2008, p5-11 .
- [39] LYNCH B., présidente de la Confédération Internationale des Sages-femmes, *Les sages-femmes au Canada*, Paris, 21 novembre 2008.
- [40] BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G, *Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998*, INSERM-U.149, février 2005.
- [41] MUNIER M, *Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001*. Mémoire d'école de sage-femme, Paris, 2005, 109p.
- [42] INSERM. *La santé périnatale en 2002-2003, évaluation des pratiques médicales*. Rapport du réseau national France-PERINAT d'information sur la naissance, AUDIPOG, 2004.
- [43] KENNETH C JOHNSON and DAVISS B-A, *Les résultats des accouchements à domicile planifiés avec des sages-femmes professionnelles certifiées : grande étude prospective en Amérique du Nord*, BMJ ; 2005 ; 330 : 1416, 11p.
- [44] PIREYN-PIETTE C-A, *Accouchement à domicile : risque ou modèle ?* Mémoire d'école de sage-femme, Strasbourg, 2005, 93p.
- [45] OMS, *Maternité sans risque, les soins liés à un accouchement normal : guide pratique*. Rapport d'un groupe de travail technique, WHO/FRH/MSM/96.24, Genève ; 1996, 61p.
- [46] ANAES, *Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal*, Rapport du service d'évaluation technique, mars 2002.
- [47] AUDFRAY M. *Evaluation de la médicalisation systématique chez les primipares à bas risque obstétrical*, mémoire d'école de sage-femme en 2003, Bourg-en-Bresse, La Lettre édition été 2004.
- [48] HAS, *Texte de recommandations pour la pratique clinique : Hémorragies du post-partum immédiat*, J Gynecol Obstet Biol Reprod ; 2004 ; 33 (suppl. au n°8), 12p.
- [49] Communiqué de l'UNSSF, *Prise en charge de la maternité et de la naissance par la sage-femme quelque soit le lieu d'accouchement choisi*, publication mars 2008.

[50] VIVIANA S., juriste, *Comment les femmes accoucheront-elles demain ? Les graves insuffisances du « plan périnatalité » 2005-2007* (consulté le 12/11/08).

[Disponible à partir de l'URL :

[http://martinwinckler.com/IMG/pdf/SalomeViviana\\_Le\\_plan\\_perinatalite.pdf](http://martinwinckler.com/IMG/pdf/SalomeViviana_Le_plan_perinatalite.pdf)]

[51] WIEGERS TA et al. *Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies : prospective study in midwifery practices in the Netherlands*. British Medical Journal : 313 ; 1996, pp.1309-13.

[52] DESNOYERS E, *Réponse au communiqué de presse du 11 mars 2008 sur la mise en garde du CNGOF au sujet de l'expérimentation de maison de naissance*. Les dossiers de l'obstétrique n°378 ; janvier 2009, p.2 et 29.

[53] VIOSSAT P et al, *Pour ou contre les Maisons de naissances : enquête auprès des praticiens du département de l'Isère*. J Gynecol Obstet Biol Reprod : 30 ; 2001, pp. 688-96.

[54] VIOSSAT P, PONS JC, *Maisons de naissance : revue de la littérature*. J Gynecol Obstet Biol Reprod : 30 ; 2001, pp.680-7.

# **ANNEXES**

## **ANNEXE 1 :**

### **Charte des droits de la parturiente**

*(Résolution présentée conformément à l'article 47 du règlement et voté par le Parlement Européen)*

*Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988*

**Le parlement européen :**

**A.** conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,

**B.** considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,

**C.** considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,

**D.** considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,

**E.** faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée - qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse - due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois sur tout ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout, quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de la mortalité post-natale,

**F.** estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,

**G.** considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement et sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,

**H.** exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,

**I.** considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,

**J.** considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,

**K.** considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,

**Le parlement européen :**

**1.** estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social;

**2.** souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse.

**3.** demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière;

**4.** estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés ;

**5.** estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet;

**6.** déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté;

**7.** déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté;

**8.** souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des "Well Women Centres " p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive.

9. demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants:

- une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,
- un diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,
- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,
- l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre - notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité -, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité postnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons, en particulier,
- le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,
- l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,
- l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impérieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître, le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité, la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement, le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,
- la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,
- le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,
- la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,
- le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisée d'un horaire flexible,
- l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématurés, dans les maternités elles-mêmes,
- un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous pays de la Communauté,
- certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus.

**10.** demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète;

**11.** invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires y afférentes, dans un délai de huit,

**12.** demande en outre aux Etats membres d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse lors de l'accouchement et dans la période qui suit,

b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,

c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,

d) de mettre en œuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il convient de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,

e) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,

f) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier.

**13.** demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine ;

**14.** charge son président de transmettre la présente résolution à la commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des Etats membres

## **ANNEXE 2 :**

### ***CHARTRE de l'ACCOUCHEMENT à DOMICILE***

Une naissance est un événement normal et sain

Chaque femme vit la normalité de sa grossesse et de son accouchement de façon unique.

L'accouchement à domicile fait partie du système de soins primaires et les professionnels qui le pratiquent font partie d'un réseau visible et reconnu.

Afin de donner aux usagers la garantie d'une sécurité optimisée, l'ANSFL propose un référentiel de bonne pratique. Ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile.

I - La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant mettre au monde à domicile doivent en avoir fait la demande, ils peuvent expliquer leurs motivations et sont conscients de la part de responsabilité qu'ils prennent. Toute sage-femme doit avant de s'engager dans une naissance à domicile avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. (il est essentiel que puisse s'établir une relation de confiance partagée).

II - A chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur leur choix. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de déontologie des sages-femmes).

Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. (Ce document peut être la Charte ANSFL enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme)

III - ACCOMPAGNEMENT GLOBAL :

L'accouchement et le suivi post-natal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée)

IV - la préparation de la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entourent les futurs parents et envisage les aspects matériels de l'AD. Elle vise à créer un climat serein et confiant sans lequel l'accouchement à domicile deviendrait contre-indiqué.

V - l' accouchement à domicile ne peut s'envisager qu'après une GROSSESSE NORMALE (c'est à dire sans pathologie telle que hypertension, diabète, toxémie etc....) chez une femme en bonne santé.

toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse

VI -les circonstances de la naissance doivent ETRE PHYSIOLOGIQUES et ne pas présenter de risque majoré de complication ( siège - gémellaire ).

- L'accouchement doit avoir lieu entre 37et 42 SA
- Les moyens utilisés pour apporter de l'aide à chaque femme pendant son accouchement sont avant tout la mise en valeur de ses propres compétences, ainsi que les savoirs faire liés à l'expérience de chaque SF
- L'enfant surveillé régulièrement pendant la travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance
- L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

VII.- La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers une maternité pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie et listée dans le code de déontologie) lorsque l'accouchement requiert une technique telle que la pose d'une analgésie, d'une stimulation des contractions d'un forceps, ventouse etc... ou si le couple en fait la demande en cours d'accouchement.

Pour le confort de la femme, et une continuité correcte des soins, LE TRANSFERT DOIT TOUJOURS ETRE PREPARE :

- En sachant vers quel maternité ce transfert aura lieu et si possible en ayant informé cette maternité de cette éventualité.. (une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour présentation du dossier médical et du projet d'accouchement à domicile)
- En ayant prévu le moyen de transport (voiture personnelle, pompier, SAMU....)

VIII - Les soins que nous prodiguons à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques

IX - la sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches.

Cette évaluation permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques.

L'ANSFL souhaite mettre en place un compagnonnage composé de sages-femmes référentes, adhérentes à cette charte dont le but serait d'apporter aide et soutien aux sages-femmes isolées, en donnant un éclairage neutre aux situations qui les préoccupent. Ce compagnonnage, serait un service téléphonique 24h/24, auquel chaque sage-femme peut s'abonner.

## ANNEXE 3 : *Liste des indications médicales utilisées au Pays-Bas*

A : VERLOSKUNDIGE INDICATIELIJST = V.I.L. Critères de référencement et de transferts utilisés aux Pays-Bas.

La VIL, liste d'indications officielles obstétricales, utilisée en Hollande, définit la répartition des compétences obstétricales, au vu d'arguments obstétricaux.

**Classe A :**

Suivi par la sage-femme libérale

Accouchement à domicile, à l'hôpital, ou en maison de naissance, au libre choix de la patiente. En cas d'accouchement prévu en milieu hospitalier, le début du travail se fera à domicile sous la surveillance de la sage-femme.

**Classe B :**

La sage-femme consulte un obstétricien pour avis, ou envoie sa patiente chez l'obstétricien pour une consultation. La sage-femme décide ensuite si elle accepte de suivre la grossesse de la patiente.

Si la patiente est en définitive suivie par un obstétricien, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier.

**Classe C :**

La sage-femme envoie la patiente vers le deuxième échelon de soins, elle ne suivra pas sa grossesse, elle sera suivie par un obstétricien.

**Classe D :**

La patiente est suivie par la sage-femme, mais au vu d'antécédents particuliers, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier, avec la sage-femme

"Comment la naissance vient aux femmes, les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas », Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, Editions Mire"

### 1 ANTECEDENTS.

#### 1.1 HISTOIRE MEDICALE.

A-Pathologie Neurologique.

Epilepsie, hémorragie sub-arachnoïdienne, SEP.  
Hernie discale

B  
A

B-Pathologie Médicale.

Tuberculose  
Asthme  
Cardiopathie  
Thrombo-embolie  
Anomalie de la coagulation  
Néphropathie  
Diabète  
Maladie d'Addison, maladie de Cushing  
Hypothyroïdie  
Hyperthyroïdie  
Anémie < 6.0 mmol/l  
Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn

C  
B  
B  
B  
C  
B  
C  
C  
B  
C  
B  
C

C-Pathologie Gynécologique.

Prolapsus génital  
Cônisation cervicale  
Myomectomie sous-séreuse  
Myomectomie sous-muqueuse ou intra-murale  
Fistule vésico-vaginale ou rectovaginale  
Dysplasie cervicale  
Cancer du col  
Exposition au distillbène  
IUD in situ  
Infertilité  
Fracture pelvienne

B  
C  
A  
C  
C  
A  
C  
A  
A  
A  
B

D-Divers	
Consommation de drogues dures	C
Troubles psychiatriques	B
<b>1-2-HISTOIRE OBSTETRICALE</b>	
Iso-immunisation Rhésus	C
HTA Gravídique	A
Fausse couches spontanées du 1er trimestre à répétition	A
Accouchement prématuré	B
Béance cervicale	C
HRP C	
Extraction instrumentale	A
Césarienne	C
RCIU	C
Souffrance fœtale	B
MFIU, Mort néonatale	B
Malformation congénitale	B
Hémorragie du post-partum	B
Délivrance artificielle	B
Déchirure périnéale du 3ème degré	A
Psychose puerpérale	A
Multipare de plus de 35 ans	B
Multipare de plus de 40 ans	B
Age inférieur à 15 ans	A
Grande multiparité	A
<b>2-DEROULEMENT DE LA GROSSESSE</b>	
Anémie < 6.0 mmol/L	B
Pyélonéphrite	A
Rubéole, CMV	A
Toxoplasmose	C
Herpes	H
Ag Hbs positif	A
Hernie discale survenant pendant la grossesse	B
Dysplasie cervicale	A
Consommation de drogues dures	C
Troubles psychiatriques	B
Diagnostic anténatal (amniocentèse, biopsie de trophoblaste)	A
Suspicion de malformation fœtale	B
HTA (Diastolique > 9 mmHg)	B
Protéinurie	B
Iso-immunisation Rhésus	C
Métrorragies après 20SA	C
HRP C	
Suspicion de RCIU	B ou C
Dépassement de terme	C
MAP C	
Béance cervicale	C
Grossesse multiple	C
Présentation dystocique	B ou C
Macrosomie au troisième trimestre	B
Mort Fœtale	B ou C
<b>3-ANOMALIES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT</b>	
Présentation dystocique	C
Suspicion de souffrance fœtale aigue	C
RPDE < 24h sans contractions	C
Stagnation du travail ou de l'expulsion	C
Métrorragies anormales pendant le travail	C
HRP C	
Vaisseau praevia	C
Hémorragie de la délivrance	C
Rétention placentaire	C

Déchirure périnéale du 3ème degré  
Déchirure périnéale compliquée

00

**4-ANOMALIES DU POST-PARTUM.**

**4-1-Versant maternel :**

Hématome vulvaire  
Infection puerpérale  
Psychose puerpérale  
Thrombo-embolie

0000

**4-2-Versant fœtal :**

Hypotrophie  
Prématurité  
Cyanose  
Hypothermie  
Malformation congénitale  
Ictère dans les premières 24 heures

000000

## **ANNEXE 4 :**

### *Classification des pratiques utilisées pendant un accouchement normal selon l'OMS*

Le présent chapitre distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. La classification reflète les vues du groupe de travail technique sur l'accouchement normal. Les raisons de cette classification ne sont pas exposées ici ; le lecteur est renvoyé aux chapitres précédents qui sont le résultat de la réflexion et des débats du groupe de travail, et qui reposent sur les meilleures preuves actuellement disponibles (les numéros des chapitres sont indiqués entre parenthèses).

#### **CATÉGORIE A : Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager :**

1. Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/ partenaire et, le cas échéant, à la famille.
2. Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail.
3. Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance.
4. Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement.
5. Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance.
6. Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance.
7. Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement.
8. Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.
9. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement.
10. Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent.
11. Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation.
12. Surveillance foetale avec auscultation intermittente.
13. Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement.
14. Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipu-

lation du placenta.

15. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail.

16. Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail.

17. Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS.

18. Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger.

19. Stérilisation des instruments utilisés pour sectionner le cordon.

20. Prévention de l'hypothermie du bébé.

21. Contact dermatique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein.

22. Examen systématique du placenta et des membranes.

#### **CATÉGORIE B : Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer**

1. Recours systématique au lavement.

2. Rasage systématique du pubis.

3. Infusion intraveineuse systématique pendant le travail.

4. Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique.

5. Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail.

6. Toucher rectal.

7. Utilisation de la radiopelvimétrie.

8. Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés.

9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail.

10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail.

11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail.

12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie.

13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail.

14. Lavage utérin systématique après l'accouchement.

15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement.

#### **CATÉGORIE C : Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent**

1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse.

2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail.

3. Pression sur le fond utérin pendant le travail.

4. Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement.
5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance.
6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail.
7. Clampage précoce du cordon ombilical.
8. Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail.

#### **CATÉGORIE D : Pratiques fréquemment utilisées à tort**

1. Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.
2. Traitement de la douleur par des agents systémiques.
3. Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale.
4. Monitoring électronique du fœtus.
5. Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.
6. Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.
7. Accélération par l'ocytocine.
8. Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade.
9. Sondage de la vessie.
10. Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser.
11. Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.
12. Extraction instrumentale.
13. Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie.
14. Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.

## **ANNEXE 6 :**

***Fiche de recueil de données de l'ANSFL,  
utilisée par les sages-femmes libérales***

*(fiches élaborées sur le modèle des dossiers AUDIPOG)*

### Suites de couches

Pathologie: 0 ans 1 ml  
 Infection: 0 ans 1a pousse 1b remonte 1c signe honte 1d infection 1e infection  
 Surtit & domicile: 0 ans 0 ml 1 ml  
 Durée totale du suivi SF (en jours semaines + domicile):  
 Nombres de visites au cours de la durée du suivi (nombre + domicile):  
 Durée du séjour en maternité ou en maison de naissance:  
 Sortie (en lieu de séjour à l'issue du suivi): 1 domicile honte nuit 2 nuit 3 honte 4 nuit 5 nuit honte & domicile  
 6 décès  
 Mise au sein précoce: 0 ans 1 ml 2 ans 2 ans  
 Allaitement maternel à 20: 0 ans 1 ml 2 ans 2 ans  
 Allaitement à 28: 0 ans 1 ml 2 ans 2 ans  
 Allaitement à 350: 0 ans 1 ml 2 ans 2 ans  
 Allaitement > 10 L / 0 ans 1 ml 2 ans 2 ans  
 Difficultés lors de l'allaitement: 0 ans 1 ml, pousse: 1 ml, crasse 2 ml, engorgement 3 ml, bouchage  
 4 ml, allaitement nocturne 5 ml, autres pathologies 6 ml, autres pathologies 0 ans

### Nouveau-né

**État à la naissance:**  
 Nombre d'efforts né: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Sexe: 1 masculin 2 féminin (à 5 ml)  
 Coefficient d'APGAR à 1 min: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Coefficient d'APGAR à 5 min: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Poids (en grammes): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Taille (en centimètres): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Périmètre crânien (en centimètres): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Sortie de la salle de la naissance: 0 domicile 1 en maternité 2 parturiente domiciliée 3 domicile domicile 4 domicile 5 en maternité 6 décès  
 Transfert: 0 ans 1 naissance 2 naissance domiciliée 3 naissance domiciliée 4 naissance domiciliée 5 naissance domiciliée 6 naissance domiciliée 7 naissance domiciliée 8 naissance domiciliée 9 naissance domiciliée 10 naissance domiciliée  
 Motif: 0 ans 1 naissance 2 naissance 3 naissance 4 naissance 5 naissance 6 naissance 7 naissance 8 naissance 9 naissance 10 naissance  
**Résumé SAC pour l'enfant:**  
 Lésions traumatiques: 0 ans 1 ml  
 Anomalies malformatives mineures: 0 ans 1 ml  
 Anomalies congénitales (autres que les majeures): 0 ans 1 ml  
 Anomalies congénitales (autres que les majeures): 0 ans 1 ml  
 Infection en colonisation: 0 ans 1 ml  
 Infection: 0 ans 1 ml  
 Infection: 0 ans 1 ml  
 Infection: 0 ans 1 ml  
 Durée totale d'hospitalisation en jours (sauf en 24 heures): 0 ans 1 ml  
**Décès:** 0 ans 1 ml, en salle 2 ml, en salle 3 ml, en salle 4 ml, en salle 5 ml, en salle 6 ml, en salle  
 Enfant décédé: à la \_\_\_\_\_ heure ou en \_\_\_\_\_ heure jour

Cachet de la sage femme ou du cabinet

Nom de la sage femme (pour les associations)

Nombre de dossier  
Consultation et accouchement

## Fiche obstétricale - sage femme

### — Consultation et accouchement —

### Renseignements généraux et antécédents

Parturiente: Nom: \_\_\_\_\_ Prénoms: \_\_\_\_\_ Lettres les deux premières lettres  
**Renseignements généraux concernant la mère:**  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ en âge \_\_\_\_\_ ans  
 Situation de famille: 1 célibataire 2 mariée 3 divorcée 4 veuve  
 Mode de vie familial: 1 vit seule 2 vit en couple 3 autre  
 Origine géographique: 1 France métropolitaine 2 Europe du Nord 3 Europe du Sud 4 Afrique du Nord 5 Afrique 6 DOM-TOM 7 Asie 8 Autre région 9 autre  
 Niveau d'étude: 0 non scolarisée 1 primaire 2 lycée (sans plus et sans TO à T) 3 technique 4 supérieur (BAC)  
 Profession exercée pendant la grossesse: 2 chômage 1 ml, 1 ml, 1 ml  
 Tabac pendant la grossesse: 0 non 1 < 10 cp 2 > 10 cp  
 Taille: 2 \_\_\_\_\_ Poids habituel: 0 \_\_\_\_\_ prise de poids: 0 \_\_\_\_\_ 1 ml  
**Antécédents maternels (comporter une surveillance particulière):** 0 ans 1 ml  
**Antécédents maternels et familiaux:** 0 ans 1 ml  
**Antécédents obstétricaux:** Nombre total de grossesses antérieures: \_\_\_\_\_ (dont multiples): \_\_\_\_\_  
 Date de la grossesse antérieure: per accouchement (C, 23 MA) \_\_\_\_\_ (dont multiples): \_\_\_\_\_ (hypertrophiques)  
 per IVG \_\_\_\_\_ (dilatée en période antenatale (C-23))  
 per FCV \_\_\_\_\_ (mal fœtal)  
 per SMO (C23MA) \_\_\_\_\_  
 per SMO (C23MA) \_\_\_\_\_  
 per une autre cause \_\_\_\_\_  
 Age gestationnel à 23MA et < 37 MA \_\_\_\_\_  
 pathologiquement autres: \_\_\_\_\_ précoce: \_\_\_\_\_

### Résumé de la Grossesse Actuelle

**Surveillance de la grossesse:**  
 Date des dernières règles: \_\_\_\_\_  
 Date estimée du début de la grossesse (mensuellement corrigée): \_\_\_\_\_  
 N° d'embryon ou début de la grossesse: \_\_\_\_\_  
 Stérilité précédant la grossesse: 0 ans 1 ml  
 Si oui, grossesse sous thérapie: 0 ans 1 induction 2 fruste 3 IAD 4 IAC 5 ICE 8 sans PMA  
 Age gestationnel de la première consultation: \_\_\_\_\_ (Avec votre sage femme: \_\_\_\_\_ Avec un autre professionnel: \_\_\_\_\_)  
**Progrès:** 1 période de début 2 période 3 période (de la semaine) 4 période (de la semaine) 5 autre cause  
 6 service PMS 7 sage femme (dilatée) 8 service "Léonard" 8 autre  
**Conclusion à la fin du premier contact:** 1 surveillance de routine par SF 2 surveillance spécialisée  
 3 hospitalisation 4 accouchement sans voie surveillée 5 orientation ou transfert vers un autre professionnel

**Terminaison de la grossesse (à transférer sous 22.56) :** Codes numériques avant tiret : ..... Codes numériques après tiret : ..... 1. grossesse à risque 2. avortement spontané 3. IMO (22.5A) 4. IVG 5. suite 6. (08)

**Nombre total de consultations prénatales :** ..... (avec une autre sage femme : ..... et Nb de séjour : .....) (Avec un autre professionnel : .....)

**Hospitalisation :** ..... 0 non 1. oui, SF 2. oui, IMO

**Sage-femme ou hospitalisation à domicile (pour pathologie) :** 0 non 1. oui, SF 2. oui, IMO

**Nombre total d'échographies :** ..... 0 non 1. oui, SF 2. oui, IMO

**Examens réalisés en cours de grossesse :**

• que vous avez prescrits (ou conseillés) :

6 CURY 7 groupe d'écarts 8 NPS 9 RAZ 10 ECBU 11 échographie fœtale  
12 sérologie 13 Test T 21 14 sérologie fœtoprotéomique 15 sérologie d'écarts  
16 EDCY 18 prématernité 19 autres, précisez : .....

• qui ont été prescrits par d'autres pro et réalisés :

1. sérologie 2. échographie 3. TP16A-TP18L 4. IM6 5. IVG  
6 CURY 7 groupe d'écarts 8 NPS 9 RAZ 10 ECBU 11 échographie fœtale  
12 sérologie 13 Test T 21 14 sérologie fœtoprotéomique 15 sérologie d'écarts  
16 EDCY 18 prématernité 19 autres, précisez : .....

**Pathologies de la grossesse et facteurs de risques :**

Ménage d'accouchement prématernité traitée : 0 non 1. Tri risque oui 2. Tri défavorables 3. hospitalisation  
Infection urinaire (c. sp. germes) : 0 non 1. Infections basses 2. prématernité 3. Infection urinaire sans prématernité  
Infection cervico-vaginale (par germe pathogène) : 0 non 1. Sepsis 2. prématernité 3. Infection urinaire sans prématernité  
Hypertension Artérielle (> 14.9/9.9) : 0 non 1. oui 2. prématernité 4. HTA artérielle + HELLP synd. 8. prématernité  
Diabète (diabète sucré ou insulino-dépendant) : 0 non 1. Diabète gestationnel 2. prématernité 3. Infection urinaire sans prématernité  
Liquide amniotique : 0 normal 1. Anomalies 2. oligoamnios  
Rupture prématernité des membranes : 0 non 1. oui  
Anomalie de croissance intra-utérine : 0 non 1. RCU 2. macrosomie  
AUTRES : 0 non 1. oui Précisez : .....

**Thérapeutiques maternelles :**

a. antibiotique 0 non 1. oui, thérapeutiques identiques  
b. anti-hypertenseurs 0 non 1. oui, thérapeutiques identiques  
c. corticoïdes 0 non 1. oui, thérapeutiques identiques  
d. corticoïdes pour maturation 0 non 1. oui, thérapeutiques identiques  
e. autres thérapeutiques identiques 0 non 1. oui, thérapeutiques identiques

**Devoir de la grossesse :**

1. grossesse involontaire 2. non (suite 22.5A) 3. IMO (22.5A) 4. permis pendant la vie  
1.0 transféré vers un autre professionnel pour "sage-femme" à l'heure 11. transféré vers un autre pro. pour autre raison. précisez : .....

**Préparation à la naissance :**

1. oui, avec vous 2. oui, avec un autre professionnel médical 3. oui, avec vous et autre  
2. oui, avec un autre professionnel médical

**Type de préparation :** 1. classe prénatal 2. gynécologue prénatal 3. sage-femme 4. gynécologue de rue  
5. sage-femme 6. sage-femme 7. sage-femme 8. sage-femme 9. sage-femme  
10. autres (à préciser) : .....

Lieu prévu de l'accouchement : 0 à la maternité (et vous pouvez choisir) 1. domicile 2. maternité de transfert 8. Maternité de naissance en autre structure

A transférer à l'annuaire des Prénatalistes de l'Union Française des Gynécologues et Obstétriciens (UFGO) ETABLES 2

ANSF-LAIDPOO-3063

**Travail :**

Lieu où se fait le travail : 0 à la maternité (et vous pouvez choisir) 1. domicile 2. maternité de transfert 8. Maternité de naissance en autre structure

**Age gestationnel à l'accouchement :** ..... 1. semaine 2. semaines 3. semaines 4. semaines 5. semaines 6. semaines 7. semaines 8. semaines 9. semaines 10. semaines 11. semaines 12. semaines 13. semaines 14. semaines 15. semaines 16. semaines 17. semaines 18. semaines 19. semaines 20. semaines 21. semaines 22. semaines 23. semaines 24. semaines 25. semaines 26. semaines 27. semaines 28. semaines 29. semaines 30. semaines 31. semaines 32. semaines 33. semaines 34. semaines 35. semaines 36. semaines 37. semaines 38. semaines 39. semaines 40. semaines 41. semaines 42. semaines 43. semaines 44. semaines 45. semaines 46. semaines 47. semaines 48. semaines 49. semaines 50. semaines 51. semaines 52. semaines 53. semaines 54. semaines 55. semaines 56. semaines 57. semaines 58. semaines 59. semaines 60. semaines 61. semaines 62. semaines 63. semaines 64. semaines 65. semaines 66. semaines 67. semaines 68. semaines 69. semaines 70. semaines 71. semaines 72. semaines 73. semaines 74. semaines 75. semaines 76. semaines 77. semaines 78. semaines 79. semaines 80. semaines 81. semaines 82. semaines 83. semaines 84. semaines 85. semaines 86. semaines 87. semaines 88. semaines 89. semaines 90. semaines 91. semaines 92. semaines 93. semaines 94. semaines 95. semaines 96. semaines 97. semaines 98. semaines 99. semaines 100. semaines

**Modes de début de travail :** 1. travail spontané 2. déclenchement médical 3. déclenchement sans travail

**Motif de déclenchement (à reporter précisez) :** 1. sur proposition 2. grossesse pathologique 3. pathologie 4. pathologie fœtale 5. autre 6. sur la suite (22.5A) 7. suite (22.5A) 8. suite

**Transfert en cours de travail :** 0 non 1. oui, oui 2. oui, non 3. non, oui 4. non, non

**Pathologie en cours de travail :** 0 non 1. oui, précisez : .....

**Conduite du travail (a) :** 1. Naturel 08 2. Accompagné

1. accompagnement par un professionnel 2. accompagnement par un professionnel 3. accompagnement par un professionnel 4. accompagnement par un professionnel 5. accompagnement par un professionnel 6. accompagnement par un professionnel 7. accompagnement par un professionnel 8. accompagnement par un professionnel 9. accompagnement par un professionnel 10. accompagnement par un professionnel 11. accompagnement par un professionnel 12. accompagnement par un professionnel 13. accompagnement par un professionnel 14. accompagnement par un professionnel 15. accompagnement par un professionnel 16. accompagnement par un professionnel 17. accompagnement par un professionnel 18. accompagnement par un professionnel 19. accompagnement par un professionnel 20. accompagnement par un professionnel 21. accompagnement par un professionnel 22. accompagnement par un professionnel 23. accompagnement par un professionnel 24. accompagnement par un professionnel 25. accompagnement par un professionnel 26. accompagnement par un professionnel 27. accompagnement par un professionnel 28. accompagnement par un professionnel 29. accompagnement par un professionnel 30. accompagnement par un professionnel 31. accompagnement par un professionnel 32. accompagnement par un professionnel 33. accompagnement par un professionnel 34. accompagnement par un professionnel 35. accompagnement par un professionnel 36. accompagnement par un professionnel 37. accompagnement par un professionnel 38. accompagnement par un professionnel 39. accompagnement par un professionnel 40. accompagnement par un professionnel 41. accompagnement par un professionnel 42. accompagnement par un professionnel 43. accompagnement par un professionnel 44. accompagnement par un professionnel 45. accompagnement par un professionnel 46. accompagnement par un professionnel 47. accompagnement par un professionnel 48. accompagnement par un professionnel 49. accompagnement par un professionnel 50. accompagnement par un professionnel 51. accompagnement par un professionnel 52. accompagnement par un professionnel 53. accompagnement par un professionnel 54. accompagnement par un professionnel 55. accompagnement par un professionnel 56. accompagnement par un professionnel 57. accompagnement par un professionnel 58. accompagnement par un professionnel 59. accompagnement par un professionnel 60. accompagnement par un professionnel 61. accompagnement par un professionnel 62. accompagnement par un professionnel 63. accompagnement par un professionnel 64. accompagnement par un professionnel 65. accompagnement par un professionnel 66. accompagnement par un professionnel 67. accompagnement par un professionnel 68. accompagnement par un professionnel 69. accompagnement par un professionnel 70. accompagnement par un professionnel 71. accompagnement par un professionnel 72. accompagnement par un professionnel 73. accompagnement par un professionnel 74. accompagnement par un professionnel 75. accompagnement par un professionnel 76. accompagnement par un professionnel 77. accompagnement par un professionnel 78. accompagnement par un professionnel 79. accompagnement par un professionnel 80. accompagnement par un professionnel 81. accompagnement par un professionnel 82. accompagnement par un professionnel 83. accompagnement par un professionnel 84. accompagnement par un professionnel 85. accompagnement par un professionnel 86. accompagnement par un professionnel 87. accompagnement par un professionnel 88. accompagnement par un professionnel 89. accompagnement par un professionnel 90. accompagnement par un professionnel 91. accompagnement par un professionnel 92. accompagnement par un professionnel 93. accompagnement par un professionnel 94. accompagnement par un professionnel 95. accompagnement par un professionnel 96. accompagnement par un professionnel 97. accompagnement par un professionnel 98. accompagnement par un professionnel 99. accompagnement par un professionnel 100. accompagnement par un professionnel

**Conduite du travail (b) :** 3. avec corrélation échographique 00 4. dirigé 11. sans corrélation échographique 12. autres, précisez : .....

**Surveillance du RCE :** 0 non 1. surveillance sans accompagnement 2. surveillance sans accompagnement 3. surveillance sans accompagnement 4. surveillance sans accompagnement 5. surveillance sans accompagnement 6. surveillance sans accompagnement 7. surveillance sans accompagnement 8. surveillance sans accompagnement 9. surveillance sans accompagnement 10. surveillance sans accompagnement 11. surveillance sans accompagnement 12. surveillance sans accompagnement 13. surveillance sans accompagnement 14. surveillance sans accompagnement 15. surveillance sans accompagnement 16. surveillance sans accompagnement 17. surveillance sans accompagnement 18. surveillance sans accompagnement 19. surveillance sans accompagnement 20. surveillance sans accompagnement 21. surveillance sans accompagnement 22. surveillance sans accompagnement 23. surveillance sans accompagnement 24. surveillance sans accompagnement 25. surveillance sans accompagnement 26. surveillance sans accompagnement 27. surveillance sans accompagnement 28. surveillance sans accompagnement 29. surveillance sans accompagnement 30. surveillance sans accompagnement 31. surveillance sans accompagnement 32. surveillance sans accompagnement 33. surveillance sans accompagnement 34. surveillance sans accompagnement 35. surveillance sans accompagnement 36. surveillance sans accompagnement 37. surveillance sans accompagnement 38. surveillance sans accompagnement 39. surveillance sans accompagnement 40. surveillance sans accompagnement 41. surveillance sans accompagnement 42. surveillance sans accompagnement 43. surveillance sans accompagnement 44. surveillance sans accompagnement 45. surveillance sans accompagnement 46. surveillance sans accompagnement 47. surveillance sans accompagnement 48. surveillance sans accompagnement 49. surveillance sans accompagnement 50. surveillance sans accompagnement 51. surveillance sans accompagnement 52. surveillance sans accompagnement 53. surveillance sans accompagnement 54. surveillance sans accompagnement 55. surveillance sans accompagnement 56. surveillance sans accompagnement 57. surveillance sans accompagnement 58. surveillance sans accompagnement 59. surveillance sans accompagnement 60. surveillance sans accompagnement 61. surveillance sans accompagnement 62. surveillance sans accompagnement 63. surveillance sans accompagnement 64. surveillance sans accompagnement 65. surveillance sans accompagnement 66. surveillance sans accompagnement 67. surveillance sans accompagnement 68. surveillance sans accompagnement 69. surveillance sans accompagnement 70. surveillance sans accompagnement 71. surveillance sans accompagnement 72. surveillance sans accompagnement 73. surveillance sans accompagnement 74. surveillance sans accompagnement 75. surveillance sans accompagnement 76. surveillance sans accompagnement 77. surveillance sans accompagnement 78. surveillance sans accompagnement 79. surveillance sans accompagnement 80. surveillance sans accompagnement 81. surveillance sans accompagnement 82. surveillance sans accompagnement 83. surveillance sans accompagnement 84. surveillance sans accompagnement 85. surveillance sans accompagnement 86. surveillance sans accompagnement 87. surveillance sans accompagnement 88. surveillance sans accompagnement 89. surveillance sans accompagnement 90. surveillance sans accompagnement 91. surveillance sans accompagnement 92. surveillance sans accompagnement 93. surveillance sans accompagnement 94. surveillance sans accompagnement 95. surveillance sans accompagnement 96. surveillance sans accompagnement 97. surveillance sans accompagnement 98. surveillance sans accompagnement 99. surveillance sans accompagnement 100. surveillance sans accompagnement

**Accouchement :** Lieu : 0 à la maternité (et vous pouvez choisir) 1. domicile 2. maternité de transfert 8. Maternité de naissance en autre structure

**Effectué par :** 1. vous SF 2. autre SF (prénatal) 3. obstétricien 4. obstétricien (prénatal)

**Date de l'accouchement :** ..... / ..... / .....

**Présentation :** 1. sommet 2. face 3. fessier 4. face 5. siège complet 6. siège oblique 7. transverse

**Modes d'accouchement :** 1. VS spontané 2. intervention VS spontanée (à préciser) 3. autre pathologie 4. autre pathologie sans intervention

**5. intervention en travail progressif 6. intervention en travail en rupture spontanée**

**Interprétation des biopsies :** 1. biopsie 2. autres 3. autres 4. autres 5. autres 6. autres 7. autres 8. autres 9. autres 10. autres 11. autres 12. autres 13. autres 14. autres 15. autres 16. autres 17. autres 18. autres 19. autres 20. autres 21. autres 22. autres 23. autres 24. autres 25. autres 26. autres 27. autres 28. autres 29. autres 30. autres 31. autres 32. autres 33. autres 34. autres 35. autres 36. autres 37. autres 38. autres 39. autres 40. autres 41. autres 42. autres 43. autres 44. autres 45. autres 46. autres 47. autres 48. autres 49. autres 50. autres 51. autres 52. autres 53. autres 54. autres 55. autres 56. autres 57. autres 58. autres 59. autres 60. autres 61. autres 62. autres 63. autres 64. autres 65. autres 66. autres 67. autres 68. autres 69. autres 70. autres 71. autres 72. autres 73. autres 74. autres 75. autres 76. autres 77. autres 78. autres 79. autres 80. autres 81. autres 82. autres 83. autres 84. autres 85. autres 86. autres 87. autres 88. autres 89. autres 90. autres 91. autres 92. autres 93. autres 94. autres 95. autres 96. autres 97. autres 98. autres 99. autres 100. autres

**Position choisie par la femme pendant le travail :** 0 non 1. oui

**Position d'expulsion choisie par la femme :** 0 non 1. oui, oblique 2. oui, dorsal 3. oui, ventral 4. oui, autre, précisez : .....

**Aspersion contre la naissance :** 0 non 1. oui, précisez : 1. précisions fœtales 2. précisions maternelles 3. précisions 4. précisions 5. précisions 6. précisions 7. précisions 8. précisions 9. précisions 10. précisions 11. précisions 12. précisions 13. précisions 14. précisions 15. précisions 16. précisions 17. précisions 18. précisions 19. précisions 20. précisions 21. précisions 22. précisions 23. précisions 24. précisions 25. précisions 26. précisions 27. précisions 28. précisions 29. précisions 30. précisions 31. précisions 32. précisions 33. précisions 34. précisions 35. précisions 36. précisions 37. précisions 38. précisions 39. précisions 40. précisions 41. précisions 42. précisions 43. précisions 44. précisions 45. précisions 46. précisions 47. précisions 48. précisions 49. précisions 50. précisions 51. précisions 52. précisions 53. précisions 54. précisions 55. précisions 56. précisions 57. précisions 58. précisions 59. précisions 60. précisions 61. précisions 62. précisions 63. précisions 64. précisions 65. précisions 66. précisions 67. précisions 68. précisions 69. précisions 70. précisions 71. précisions 72. précisions 73. précisions 74. précisions 75. précisions 76. précisions 77. précisions 78. précisions 79. précisions 80. précisions 81. précisions 82. précisions 83. précisions 84. précisions 85. précisions 86. précisions 87. précisions 88. précisions 89. précisions 90. précisions 91. précisions 92. précisions 93. précisions 94. précisions 95. précisions 96. précisions 97. précisions 98. précisions 99. précisions 100. précisions

**Durée d'antécédents de l'accouchement :** ..... / ..... / .....

**Durée du travail de fin aux débuts des effets oxygénés :** ..... / ..... / .....

**mort fœtale :** 0 non 1. oui, avec travail 2. oui, pendant travail 3. oui, sans précision chronologique 4. et autre IMO

**Délivrance :** 1. normale 2. dirigée 3. artificielle 4. normale 5. en cours de naissance

**Hématocrite (Hb) :** 0 non 1. oui 2. oui, avec précision 3. autre, précisez : .....

**Prénatalité :** 0 non 1. normale 2. prématernité 3. prématernité 4. prématernité 5. prématernité 6. prématernité 7. prématernité 8. prématernité 9. prématernité 10. prématernité 11. prématernité 12. prématernité 13. prématernité 14. prématernité 15. prématernité 16. prématernité 17. prématernité 18. prématernité 19. prématernité 20. prématernité 21. prématernité 22. prématernité 23. prématernité 24. prématernité 25. prématernité 26. prématernité 27. prématernité 28. prématernité 29. prématernité 30. prématernité 31. prématernité 32. prématernité 33. prématernité 34. prématernité 35. prématernité 36. prématernité 37. prématernité 38. prématernité 39. prématernité 40. prématernité 41. prématernité 42. prématernité 43. prématernité 44. prématernité 45. prématernité 46. prématernité 47. prématernité 48. prématernité 49. prématernité 50. prématernité 51. prématernité 52. prématernité 53. prématernité 54. prématernité 55. prématernité 56. prématernité 57. prématernité 58. prématernité 59. prématernité 60. prématernité 61. prématernité 62. prématernité 63. prématernité 64. prématernité 65. prématernité 66. prématernité 67. prématernité 68. prématernité 69. prématernité 70. prématernité 71. prématernité 72. prématernité 73. prématernité 74. prématernité 75. prématernité 76. prématernité 77. prématernité 78. prématernité 79. prématernité 80. prématernité 81. prématernité 82. prématernité 83. prématernité 84. prématernité 85. prématernité 86. prématernité 87. prématernité 88. prématernité 89. prématernité 90. prématernité 91. prématernité 92. prématernité 93. prématernité 94. prématernité 95. prématernité 96. prématernité 97. prématernité 98. prématernité 99. prématernité 100. prématernité

**Sutures :** 0 non par de sutures 1. oui, par vous seule/seules 2. oui, par un autre professionnel

**A transférer à l'annuaire des Prénatalistes de l'Union Française des Gynécologues et Obstétriciens (UFGO) ETABLES 3**

ANSF-LAIDPOO-3063

## ANNEXE 5 :

### ***Classification du bas risque selon AUDIPOG***

#### **Groupes de patientes « à bas risque »**

##### ***Définition des bas risques :***

<b>Primipares "à bas risque"</b>	<b>Multipares "à bas risque"</b>
Age $\geq$ 18 et < 35 ans	Age $\geq$ 18 et < 35 ans
Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière	Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière Absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort né, ni mort néonatale
Absence de pathologie au cours de la grossesse	Absence d'utérus cicatriciel Absence de pathologie au cours de la grossesse
Grossesse unique	Grossesse unique
Présentation céphalique	Présentation céphalique

## ANNEXE 7 :

**Tableau récapitulatif des études sélectionnées :**  
**Accouchement à domicile vs accouchement hospitalier prévu**  
 (Mémoire de fin d'étude de sage-femme de C-A Pireyn-Piette, Accouchement à domicile : risque ou modèle ?, Strasbourg, 2005)

Auteur	population	Objectif/ Méthodes	Mesures	Résultats
<b>Olsen</b> 1997 BMJ	femmes à faible risque Wisconsin, USA, UK, Pays-bas, suisse australie, 24092 femmes groupe AAD: 5186 (21%)	comparaison des résultats des AAD planifiés et des accouchements hospitaliers pour des femmes avec des grossesses similaires <b>Méta-analyse</b> des études répondant à des critères préétablis	<i>Mortalité périnatale</i>  <i>Morbidité périnatale</i> : Scores d'Apgar  <i>Morbidité maternelle</i> Déchirures sévères  <i>Interventions médicales</i> Déclenchement Épisiotomie Extraction instrumentale Césarienne	Différence non significative en faveur de l'AAD OR=0,87 ; 95% IC =0,54-1,41  Moins de bas scores d'Apgar dans le groupe AAD OR=0,55 ; 95% IC=0,41-0,74  fréquence plus faible dans le groupe AAD OR=0,67 ; 95% IC = 0,54-0,83  Significativement moindres dans le groupe AAD : OR=0,06-0,39 OR= 0,02- 0,039 OR= 0,03-0,42 OR=0,09-0,31
<b>Wiegens</b> 1996 BMJ	sages-femmes et femmes à faible risque ayant prévu un AAD ou un AH <b>Pays-bas</b> 97 sage-femme et 1836 femmes groupe AAD: 1140 (62%)	Etudier la relation entre le lieu révu d'accouchement et les résultats périnataux chez des femmes à bas risque en contrôlant les facteurs de parité, contexte social, médical et obstétrical <b>Etude prospective de cohorte,</b> <b>avec appariement</b> et analyse des données des sages-femmes et de leurs patientes	Analyse de l'issue périnatale basée sur le maximum de résultats avec un minimum d'intervention (score intégrant 22 données sur l'accouchement, 9 sur l'état de santé du bébé et 5 sur l'état de santé de la mère en post-partum)	<i>Chez les primipares</i> : pas de relation entre le lieu d'accouchement prévu et l'issue périnatale après vérification des antécédents favorables ou non  <i>Chez les multipares</i> , issue statistiquement meilleure dans les accouchements planifiés à domicile que pour ceux prévus à l'hôpital avec ou sans contrôle des variables  36,7% des nullipares et 9% des multipares
<b>Ackerman</b> 1996 BMJ	femmes à bas risque ayant prévu un AAD ou un AH groupes Suisse  874 femmes groupe AAD : 489 (56%) auto-sélectionné	Evaluer les procédures et les résultats prévus par rapport aux AH prévus.  <b>Etude prospective de cohorte</b> <b>avec appariement</b>	<i>Transfert pendant l'accouchement</i>  <i>Transfert pendant l'accouchement</i>  <i>Interventions médicales</i> : - médication à l'expulsion - analgésie - déclenchement - extraction instrumentale - césarienne - épisiotomie  <i>Morbidité maternelle</i> Durée du travail Périmètre utérin Hémorragie  <i>Résultats périnataux</i> - score d'Apgar - Morbidité périnatale - mortalité périnatale - poids de naissance, âge gestationnel	16% dont 25% des nullipares  Moindres dans le groupe AAD : OR= 0,46 (0,33-0,64 ; 95% IC) OR= 0,16 (0,07-0,33) OR= 0,18 (0,06-0,43) OR= 0,41 (0,14-1,04) OR=0,45 (0,19-1) OR= 0,09 ( 0,04-0,18)  Pas de différence Plus fréquent dans le groupe AAD:OR=6,22 p<0,001 Pas de différence  score moyen à 5min plus élevé dans le groupe AAD 9,26 vs 9,08 ; p<0,05 , mais pH fœtal inférieur  Pas de différence 1 décès dans chaque groupe : tx mortalité :2- 2,6/1000 Pas de différence

Auteur	population	Objectif/ Méthodes	Mesures	Résultats
<p><b>Chamberlain</b> 1997</p> <p>Parthénon publication</p>	<p>femmes à bas risque à 37SA ayant prévu un AAD ou un AH</p> <p><b>Royaume Uni</b></p> <p>8043 femmes gpe AAD: 4691 (58%) auto-sélectionné</p> <p>séparé en 2 sous groupes : AAD prévu/AAD réalisé AAD prévu/ AH (Accouchement hospitalier)</p>	<p>Comparer les résultats des accouchements à domicile programmés (AAD) avec ceux des accouchements à l'hôpital programmés (AHP) afin de déterminer si l'AAD était une alternative sûre.</p> <p><b>Etude prospective de cohorte avec appariement</b> en terme d'âge et de parité et antécédents obstétricaux de toutes les femmes à 37 SA prévoyant un AAD comparées à des femmes aux caractéristiques similaires</p>	<p><i>Transfert pendant l'accouchement</i> <i>Résultats périnataux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mortalité périnatale</li> <li>-Morbidity : score d' Apgar &lt; 7</li> <li>- gestes de réanimation</li> <li>- poids de naissance, âge gestationnel</li> </ul> <p><i>Résultats maternels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Déclenchement</li> <li>Besoin analgésie</li> <li>Lésions périnéales</li> <li>Épisiotomie</li> <li>Hémorragie</li> </ul> <p><i>Interventions médicales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- extraction instrumentale</li> <li>- césarienne</li> </ul>	<p>16% dont 40% des nullipares et 10% des multipares</p> <p>Différence non significative en faveur de l'AAD 1,07<sup>vs</sup> 1,5<sup>vs</sup> p=0</p> <p>Moins de bas scores à 1 min dans le groupe AAD tot 5,2% vs 9,3% (p&lt;0,0001), pas de différence à 5 min.. Le sous-groupe AAD/AH en a plus : 12%</p> <p>Moindres dans le groupe AAD, total que mais plus fréquents dans le groupe AAD/AH</p> <p>Pas de différence</p> <p>Moindres dans groupe AAD : 5% vs 19% (p&lt;0,0001) 81% vs 91% 53% vs 61% (p&lt;0,001) 5,1 vs 13,1% (p&lt;0,0001) 3,1 vs 4,7% mais groupe AAD/AH : 9%</p> <p>Deux fois plus importantes dans le groupe AHP 2,4% vs 5,4%, p&lt;0,001 2% vs 4,1%, p&lt;0,001</p>
<p><b>Janssen</b> 2002</p> <p>CMAJ</p>	<p>femmes à bas risque à 36SA ayant prévu un AAD ou un AH</p> <p><b>Canada</b></p> <p>Le groupe AH est séparé en 2 sous-groupes : - avec sage-femme ou - avec médecin</p> <p>2176 femmes gpe AAD : 862 (40%) gpe AH /med : 743 AH/SF : 571</p>	<p>Evaluer la sécurité de l'AAD en comparant les résultats périnataux pour les AAD prévus accompagnés par une sage-femme et les Accouchements hospitaliers (AH) accompagnés soit par une sage-femme soit par un médecin.</p> <p><b>Etude prospective de cohorte comparant 2 groupes appariés :</b> AAD et AH avec médecin ainsi qu'un groupe AH avec sage-femme</p>	<p><i>Transfert pendant l'accouchement</i> <i>Résultats maternels:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- analgésie</li> <li>- déclenchement</li> <li>- extraction instrumentale</li> <li>- césarienne</li> <li>- épisiotomie</li> <li>- lésions périnéales</li> <li>- Infections per et post partum</li> </ul> <p>Hémorragie</p> <p><i>Résultats périnataux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ventilation et réanimation</li> <li>- score d' Apgar &lt;7 à 1 min</li> <li>- score d' Apgar &lt;7 à 5 min</li> <li>- poids naissance</li> <li>- détresse respiratoire &gt;24h</li> <li>- mortalité périnatale</li> </ul>	<p>16,5%</p> <p>Moindres dans le groupe AAD : 14,1%AAD vs 74,6 AHMed vs 48% AHSF p&lt;0,001 4,3% vs 22,3% vs 14% p&lt;0,001 3,2% vs 13,5% vs 12,3% p&lt;0,001 6,4% vs 18,2% vs 11,9% p&lt;0,001 3,8% vs 15,3% vs 10,9% p&lt;0,001 45% vs 52% vs 55% en p=0,009 0,7% vs 3% vs 3,5% p=0,001</p> <p>Pas de différence</p> <p>moins si AAD 5,1% vs 8,5% AHMed p=0,008 moins si AAD : 10,4% vs 14,5% AHMed (p=0,01) pas de différence pas de différence pas de différence pas de différence significative : 3 décès ds le groupe AAD (0,3%) et 1 ds le groupe AHMed. (0,1%)</p>

## ANNEXE 8 : **Tarification des actes sage-femme**

DÉSIGNATION	TARIFS EN EUROS Départements métropolitains	TARIFS EN EUROS Départements d'outre-mer
<b>Actes obstétricaux</b>		
Consultation	17	17
Visite	17	17
Examens médicaux du suivi de la grossesse : CG	19	19
Séances de suivi postnatal SP	18,55	18,55
Accouchement simple : SF 118	312,70	312,70
Accouchement gémellaire : SF 130	344,50	344,50
Actes en SF	2,65	2,65
Majoration de dimanche (*) et jour férié	21,00	21,00
Majoration de nuit : de 20 heures à 0 heure et de 6 heures à 8 heures - de 0 heure à 6 heures	35,00 - 40,00	35,00 - 40,00
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)	3,81	3,81
<b>Soins infirmiers</b>		
Actes en SFI	2,18	2,18
Majoration de dimanche	7,62	7,62
Majoration de nuit	9,15	9,15
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFA)	1,19	1,19
<b>Indemnité kilométrique</b>		
Plaine	0,38	0,38
Montagne	0,61	0,61
A pied ou à ski	3,35	3,66

(\*) Pour la réalisation d'un acte obstétrical, la majoration de dimanche est étendue au samedi 12 heures en cas d'appel d'urgence.

Cotation de base d'un accouchement est de 312.70€, voici le détail du coût réel de celui-ci :

	Si accouchement le jour	Si accouchement la nuit		Si accouchement dimanche ou samedi après-midi
accouchement	SF 118+IF = 316.51€	+ 35 € = 351.51€	+ 40€ = 356.51€	+21€ = 337.51€
Suite de couche maman (4 visites)	4 x (CG+IF)= 91.24€			
Suite de couche bébé	Consultation de naissance + consultation avec Guthrie= 2xCG = 38 €	Supplément pour la consultation de naissance		
		+35€ = 73€	+ 40€ = 78€	+ 21€ = 59€
Total Maman + Bébé	= 445.75 €	= 515.75€	= 525.75€	= 487.75€