



HAL
open science

Une prise en charge différente pour un accouchement moins médicalisé : les maisons de naissance sont-elles possibles en France ?

Justine Peltier

► To cite this version:

Justine Peltier. Une prise en charge différente pour un accouchement moins médicalisé : les maisons de naissance sont-elles possibles en France ?. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01003442

HAL Id: dumas-01003442

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01003442>

Submitted on 10 Jun 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

JUSTINE PELTIER

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**UNE PRISE EN CHARGE DIFFERENTE POUR UN
ACCOUCHEMENT MOINS MEDICALISE : LES MAISONS
DE NAISSANCE SONT-ELLES POSSIBLES EN
FRANCE ?**

Soutenu le 08 avril 2014

JURY

Madame Isabelle Goergel, sage-femme, Hôpital de Pontoise (Directrice de mémoire)

Madame Sophie Prudhomme, enseignante sage-femme, UFR des sciences de la santé
Simone Veil, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (Co-directrice de
mémoire)

Numéro national d'étudiant : 20802467



Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



Remerciements

Je voudrais remercier les personnes qui m'ont aidée et ont participé à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie Madame Isabelle Goergel, sage-femme à l'hôpital de Pontoise, pour son aide et son investissement en tant que directrice de mémoire.

Je remercie également Madame Sophie Prudhomme, sage-femme enseignante, pour m'avoir guidée durant la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mes collègues de promotion pour ces quatre années d'entraide, et tout particulièrement Kathleen, Magali, Julie, Marion et Jan pour leur présence et leur bonne humeur.

Enfin, je remercie mes parents, mes sœurs et mes amis pour leur soutien, leur patience et leur écoute tout au long de mes études.



Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	IX
RESUME	X
ABSTRACT	XI
1 INTRODUCTION	1
1.1 Qu'est-ce que les maisons de naissance ?	2
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Suivi de grossesses à bas risque	3
1.1.3 Suivi autonome assurée par des sages-femmes	5
1.2 Situation des maisons de naissance à l'étranger	5
1.3 Revue de la littérature	6
1.4 Qu'en est-il de la situation en France ?	9
1.4.1 Vers une expérimentation	9
1.4.2 Une demande des sages-femmes et des couples...	10
1.4.3 ... Appuyée par les obstétriciens	12



1.5	La maison de naissance de Pontoise	13
2	METHODOLOGIE ET RESULTATS	15
2.1	Présentation de l'étude	15
2.1.1	Problématique et hypothèses	15
2.1.2	Matériel et méthode	16
2.2	Résultats	17
2.2.1	Profil des parturientes	17
2.2.2	Prise en charge du travail	21
2.2.3	Issues maternelles	26
2.2.4	Issues néonatales	30
2.2.5	Bilan de l'activité de la maison de naissance	34
3	DISCUSSION	36
3.1	Analyse des résultats	36
3.1.1	Profil des parturientes en maison de naissance	36
3.1.2	Issues maternelles en maison de naissance	39
3.1.3	Issues néonatales en maison de naissance	46
3.1.4	Les transferts	48
3.2	Validité interne	52
3.3	Points forts de l'étude	53
3.4	Limites de l'étude	53
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE	56
	ANNEXES	61



Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparaison des indices de masse corporelle en fonction du lieu d'accouchement	18
Tableau 2 : Comparaison des termes > 39 SA et des post-termes selon le lieu d'accouchement	20
Tableau 3 : Prévalence de la révision utérine précédée ou non d'une délivrance artificielle en fonction du lieu d'accouchement.....	28
Tableau 4 : Prévalence de l'hémorragie du post-partum immédiat en maison de naissance en fonction du mode de délivrance.....	30
Tableau 5 : Comparaison du nombre de protocole streptocoque B, de prélèvements périphériques et des nouveau-nés infectés en fonction du lieu de naissance ...	31
Tableau 6 : Nouveau-nés ayant un apgar ≤ 7 à une, cinq et 10 minutes de vie en fonction du lieu de naissance	32

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des parturientes faisant partie de l'étude en fonction du lieu d'accouchement	17
Figure 2 : Répartition des parturientes en fonction de leur âge	18
Figure 3 : Répartition des parturientes en fonction de leur parité	19
Figure 4 : Terme d'accouchement en fonction du lieu de naissance	19
Figure 5 : Mode d'alimentation du nouveau-né en fonction du lieu de naissance.....	20
Figure 6 : Durées du travail, de l'ouverture de l'œuf et des efforts expulsifs en fonction du lieu d'accouchement	21
Figure 7 : Parturientes arrivant à plus de cinq cm de dilatation en fonction du lieu d'accouchement	22
Figure 8 : Moyenne du temps passé sous monitoring en fonction du lieu d'accouchement	22
Figure 9 : Moyenne des touchers vaginaux pendant le travail.....	23
Figure 10 : Moyenne de temps entre deux touchers vaginaux	23
Figure 11: Parturientes ayant rompu spontanément les membranes	24
Figure 12: Mode de délivrance en fonction du lieu d'accouchement	25
Figure 13: Voie d'accouchement en fonction du lieu	26
Figure 14: Orientation de la présentation en fonction du lieu d'accouchement.....	26
Figure 15 : Répartition des différents états du périnée	27
Figure 16 : Caractère physiologique ou pathologique du post-partum immédiat	28
Figure 17 : Utilisation de l'ocytocine dans le post-partum immédiat après une délivrance naturelle en maison de naissance	29
Figure 18: Prévalence de l'hémorragie du post-partum immédiat en fonction du lieu d'accouchement	29
Figure 19 : Répartition des aspects du liquide amniotique	30
Figure 20 : Travaux marqués par des anomalies du rythme cardiaque fœtal	31
Figure 21 : Répartition des nouveau-nés selon leur poids et leur lieu de naissance	33



Figure 22 : Nouveau-nés en hypothermie ou hyperthermie à la naissance 33
Figure 23 : Récapitulatif des transferts et issues des accouchements 34

Liste des annexes

Annexe I : Loi sur l'expérimentation des maisons de naissance.....	62
Annexe II : Définition des établissements de santé - Code de la santé publique.....	64
Annexe III : Etude CIANE « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement ».....	65
Annexe IV : Grille de recueil de l'étude.....	67
Annexe V : Indicateurs d'activité en unité sage-femme	69



Résumé

Objectifs : Cette étude vise à faire un état des lieux des issues maternelles et néonatales après un travail et un accouchement en maison de naissance. Nous voulons savoir si les complications sont plus fréquentes suite à ce type de prise en charge moins médicalisée, que dans une prise en charge plus classique à l'hôpital.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude cas-témoins rétrospective, sur dossiers, à la maternité de Pontoise. Nous avons recruté toutes les patientes ayant eu leur travail à la maison de naissance de Pontoise sur la période de janvier à août 2013, ce qui représente 48 femmes. Après appariement, nous en avons autant dans le groupe témoins provenant de la salle de naissance.

Résultats : La sage-femme de la maison de naissance intervient beaucoup moins pendant le travail sans que cela ait une répercussion négative sur les issues maternelles et néonatales. Sur les 48 femmes ayant débuté leur travail en maison de naissance, 96% ont pu y accoucher, et parmi elles, 93% ont eu un post-partum physiologique. Elles ont plus souvent des périnées intacts. En ce qui concerne les nouveau-nés, ils n'ont pas plus de difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine et ne sont pas plus exposés à des risques d'asphyxie fœtale ou infectieux du fait de travail plus longs. Toutefois, la différence de prévalence avec la salle de naissance n'est pas significative, faute de puissance de notre étude. Au vu de leur contexte, les trois transferts effectués au bloc obstétrical (deux pendant le travail et un pour rétention placentaire) étaient nécessaires et justifiés. La prise en charge est donc adaptée à ces femmes dites à bas risque obstétrical.

Mots-clés : maison de naissance, sage-femme, physiologie, issues materno-fœtales, transfert



Abstract

Objective : This study aims reviewing maternal and neonatal outcomes after labor and delivery in birth centers. We want to know whether complications are more common after this type of less medicalized assistance, than after a more traditional support in the hospital.

Methods : This paper is a retrospective case-control study based on medical records, from the maternity of Pontoise. We recruited all the patients who were in labor in Pontoise birth center over the period from January to August 2013, which represents 48 women. After matching, we have the same number of patients in the control group from the hospital delivery room.

Results and conclusion : Birth centers' midwives intervene much less during labor and this turns out to have no negative impact on maternal and neonatal outcomes. Of the 48 women who began their labor in birth center, 96% were able to give birth there, and among them, 93% had a physiological postpartum. They usually have an intact perineum. Regarding newborns, they do not have more adaptation difficulties to extrauterine life and are not facing more risks of fetal asphyxia or infection due to a longer labor. However, the difference in prevalence with the delivery room is not significant due to the lack of power of our study. Given their context, the three transfers made to the obstetrical unit (two while in labor and one for a retained placenta issue) were necessary and justified. Birth centers assistance is thus adapted to those low-risk pregnant women.

Keywords : birth center, midwife, physiology, maternal-neonatal outcomes, transfer



1 Introduction

De grands changements ont eu lieu en France dans le domaine de la naissance durant le siècle dernier. Ainsi depuis 1970, une médicalisation progressive et croissante s'est mise en place, grâce à l'utilisation de multiples technologies et à l'intervention de nombreux professionnels en pré, per et post natal. Ceci dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et infantile. Il en découle une arrivée massive des femmes dans les structures hospitalières, délaissant les accouchements à domicile.

En 2012, La France a déclaré 822 000 naissances dont 98% en établissements hospitaliers [1]. Cette modernisation croissante a pour objectif de réduire les pathologies obstétricales et d'augmenter la sécurité de la grossesse et de l'accouchement et de ce fait, diminuer la mortalité maternelle et périnatale.

De nos jours, la France se situe dans la moyenne des grands pays européens en ce qui concerne la mortalité infantile. Pour la mortalité maternelle, notre pays se place également dans la moyenne des pays européens mais reste « en deçà des meilleurs, et très loin de la Suède dont les taux sont deux fois plus faibles » [2]. Sur la période 2006-2008, le taux était de 8/100 000 décès maternels [3]. Toutefois, 50% de ces décès seraient « évitables » ou supposés tels, car le plus souvent liés à des mesures thérapeutiques inappropriées.

Se pose alors le risque de surmédicalisation qui peut être iatrogène, selon l'enquête nationale périnatale de 2010 [4]. Ceci n'amène pas à la conclusion d'une démedicalisation totale de la naissance, mais plutôt à la recherche d'une médicalisation moins lourde et adaptée aux besoins de la patiente. Des propositions alternatives sont envisagées.

Les pays étrangers montrent un grand intérêt aux maisons de naissance qui présentent d'ailleurs de bons résultats. Depuis quelques années, la question se pose



d'expérimenter les maisons de naissance en France. C'est un réel sujet d'actualité dans l'obstétrique. Cela pourrait aussi mettre en avant les compétences des sages-femmes. Nous nous sommes posé la question de savoir si les maisons de naissance sont possibles en France, et si cette structure présente des risques pour les parturientes et leurs enfants.

En première partie, nous présenterons le concept de maison de naissance et la maison de naissance de l'hôpital de Pontoise. La seconde partie sera consacrée à la mise en place de l'étude et à la présentation des résultats. Enfin, en troisième partie, nous analyserons les issues maternelles et néonatales et nous verrons si des risques supplémentaires y sont associés par rapport à un accouchement à l'hôpital.

1.1 Qu'est-ce que les maisons de naissance ?

1.1.1 Définition

Plusieurs définitions des maisons de naissance existent mais nous retiendrons celle faite par le groupe de travail de la Commission Régionale de la Naissance (CNR) d'Ile de France en 2002-2003 [5] :

« Une maison de naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille, dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes en assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leurs compétences légales. La maison de naissance doit être un service accessible à tous. (...) Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente, pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. (...) C'est une structure autonome, située en dehors des services hospitaliers. (...) Elle s'insère dans le réseau périnatal et travaille avec l'ensemble du système et des praticiens de santé. »

L'accompagnement global à la naissance est l'un des éléments clés à prendre en considération [6]. En effet, l'objectif étant d'accorder un suivi intimiste et

personnalisé à chaque patiente, une femme est associée à une sage-femme référente pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'après-naissance. La sage-femme est à l'écoute du couple, de son histoire, des liens familiaux, sociaux et professionnels. Elle va ainsi contribuer à l'installation d'un climat de confiance réciproque et d'un sentiment de sécurité intérieure, grâce à une réelle proximité physique et psychologique. Une maison de naissance représente un environnement chaleureux et sécuritaire destiné à la fois au couple et à l'enfant qui va venir au monde. C'est un endroit où ils se sentent presque comme chez eux. Cette structure est tenue par des sages-femmes et est uniquement équipée du matériel requis pour le suivi de la physiologie. Elle est distincte du centre hospitalier mais se trouve généralement proche de ce dernier, pour faciliter la prise en charge des éventuels transferts de femmes ou d'enfants, et ce, dans un délai compatible avec l'urgence.

Cette installation est prévue pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de lui conserver un caractère intime, familial et humain [7].

La maison de naissance est physiquement, juridiquement et administrativement différenciée de sa maternité partenaire, à laquelle elle est liée par une convention.

1.1.2 Suivi de grossesses à bas risque

Ce mode de suivi n'est toutefois accessible qu'à certaines grossesses, dites à bas risque obstétrical, c'est-à-dire qu'il s'adresse à des patientes en bonne santé, sans antécédents médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux compliqués, et qui le reste tout au long de la grossesse.

Le réseau sentinelle Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (AUDIPOG) propose une définition en fonction de la parité et considère à bas risque :

- Des primipares avec comme caractéristiques :
 - o Age compris entre 18 et 35 ans ;



- Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière ;
 - Absence de pathologie au cours de la grossesse ;
 - Grossesse unique ;
 - Présentation céphalique.
- Des multipares présentant les caractéristiques précédentes et les deux suivantes :
- Absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort-né, ni mort néonatale ;
 - Absence d'utérus cicatriciel.

Ce réseau n'a cependant pas pu présenter des chiffres validables, faute de données manquantes trop importantes dans les dossiers [8]. Les données de la littérature ne peuvent également pas avancer de chiffres sur le sujet.

Les grossesses éligibles sont celles pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande [9]. En France, la normalité d'une grossesse et d'un accouchement n'est considérée qu'à posteriori, soit deux heures après la naissance. Même pour les parturientes classées à bas risque obstétrical, il existe des facteurs non prédictifs qui peuvent altérer le devenir maternel et néonatal (hémorragie de la délivrance, dystocie des épaules, mauvaise adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né,...) [10].

Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, idéalement lors de la consultation pré-conceptionnelle, et tout au long de la grossesse par les consultations mensuelles et les examens complémentaires. La surveillance est donc une démarche continue et évolutive car une situation pathologique peut intervenir à tout moment malgré un début de grossesse physiologique. Les couples désireux d'un suivi en maison de naissance, doivent être avisés dès le début du suivi, d'une possible modification de la prise en charge et donc de structure en fonction du déroulement de la grossesse.



1.1.3 Suivi autonome assurée par des sages-femmes

Le suivi des femmes enceintes en maison de naissance est assuré par des sages-femmes, professionnelles médicales spécialistes de la grossesse et de l'accouchement physiologiques. La définition internationale de la sage-femme a été ratifiée par la Confédération internationale des sages-femmes, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération des Gynécologues-Obstétriciens (FIGO) [11]. Le rôle et les compétences des sages-femmes y sont repris. Il s'agit d'une profession médicale à compétences définies, régie par les dispositions de l'article L.4151-1 du code de la santé publique [12]. Le champ de compétences est étendu grâce à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, qui précise que la déclaration de grossesse peut être faite par une sage-femme. Elles peuvent également pratiquer l'examen postnatal si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique [13]. Cependant devant toute pathologie maternelle, fœtale ou néonatale ou en cas d'accouchement dystocique, elles doivent faire appel à un médecin, conformément à l'article L.4151-3 du code de la santé publique (Annexe II) [14]. De nos jours, elles prennent en charge 80% des accouchements par voie basse spontanée.

La sage-femme est donc tout à fait habilitée à exercer en maison de naissance, sous réserve d'une grossesse à bas risque obstétrical et d'une évaluation constante de la physiologie de la grossesse. Une patiente sera transférée vers une structure hospitalière devant le moindre signe de pathologie. En effet, les sages-femmes sont parfaitement formées au dépistage des premiers signes de complications. Cela permet le caractère sécuritaire de l'établissement vis-à-vis de la parturiente et de son futur enfant.

1.2 Situation des maisons de naissance à l'étranger

Les premières maisons de naissance se sont implantées aux Etats-Unis en 1975, face à de nombreuses femmes déçues par leur accouchement. Il en existe aujourd'hui plus d'une centaine qui sont reconnues comme donnant entière satisfaction aux couples. Ces structures sont par ailleurs soutenues par le collège

des gynécologues obstétriciens américains qui en février 2008, réitère sa confiance, dans un communiqué contre l'accouchement à domicile [15].

Au Québec, les maisons de naissance se sont créées dans le cadre des projets pilotes afin de légaliser la profession de sage-femme. Le succès est tel que le gouvernement énonce dans sa « politique de périnatalité de 2008-2018 », le souhait d'un accompagnement de 10% des naissances par des sages-femmes en maisons de naissance d'ici 2018 [16].

Ces structures arrivent en Europe dans les années 1980, en Suisse et en Allemagne. Le premier établissement ouvre à Berlin en 1987. Face à une demande trop importante par rapport aux possibilités d'accueil, les maisons de naissance promulguent leur philosophie, ce qui permet leur développement sur tout le pays (150 structures) [17]. Elles existent dans de nombreux autres pays comme la Suède, la Belgique, les Pays-Bas, l'Italie, l'Espagne, le Royaume-Uni...

Les maisons de naissance à l'étranger peuvent se distinguer dans leur forme (attenante à une maternité ou à proximité immédiate d'un plateau technique) mais gardent la même philosophie ; et présentent certaines caractéristiques communes telles que la gestion autonome par des sages-femmes et le suivi global de la parturiente. Elles sont de taille modeste et assurent un nombre limité d'accouchements à raison de 350 naissances au maximum. En post-partum, un suivi à domicile est prévu, étant donné que les femmes ne restent jamais plus de vingt-quatre heures après leur accouchement.

Les bénéfices de ces structures sont reconnus à la fois par les différents gouvernements nationaux qui les intègrent dans l'organisation du système de santé et de la sécurité sociale ; mais aussi par la littérature médicale internationale [18].

1.3 Revue de la littérature

Aux Etats-Unis, une large étude [19] publiée en janvier 2013, a été menée dans 79 maisons de naissance réparties dans 33 états sur la période 2007-2010. Sur 15 574 patientes ayant prévu d'accoucher en maison de naissance, 84% ont pu voir



leur projet se réaliser. Les autres ont été transférées, dont 12% pendant le travail. Au total, 93% ont eu un accouchement par voie basse spontanée, 1% par extraction instrumentale et 6% par césarienne. Seuls 1,9% des mères ou des nouveau-nés nécessitaient un transfert en urgence durant le travail ou après la naissance. Il n'y a pas eu de mortalité maternelle. Le taux de mortalité fœtale au moment de l'accouchement s'est élevé à 0,47 pour 1 000 et le taux de mortalité néonatale à 0,4 pour 1 000.

Cette étude conclut alors sur une sécurité des accouchements en maison de naissance pour des grossesses à bas risque obstétrical. Elle statue notamment sur une prise en charge efficace en déployant moins de ressources. Cette notion de sécurité est reprise dans de nombreuses études et notamment dans une étude de cohorte au Danemark réalisée en 2013 [20]. Elle montre qu'il n'y a pas de différence significative dans la mortalité périnatale entre un accouchement sur un plateau technique et un accouchement en maison de naissance. Elle assure même que cette dernière peut être considérée comme une alternative à l'accouchement hospitalier pour les parturientes à bas risque, donnant ainsi aux couples le choix du lieu de naissance.

Une étude britannique de novembre 2011 [21] confirme l'environnement sécuritaire de la maison de naissance pour l'enfant mais également la sécurité maternelle dans les grossesses à bas risque, avec une prévalence de la morbidité identique à celle obtenue à l'hôpital. L'évaluation des résultats montre que cette prise en charge du travail et de l'accouchement, moins médicalisée, présente des avantages pour la santé de la mère. En effet, les chercheurs relèvent de façon significative, moins d'interventions : césarienne (RR = 0,39 [0,29-0,53]), extraction instrumentale par ventouse (RR = 0,56 [0,39-0,82], épisiotomie (RR = 0,62 [0,50-0,77]) ; et un nombre de naissances par voie basse spontanée plus élevé (RR = 2,22 [1,76-2,81]). Ils notent également une moindre utilisation de l'analgésie péridurale par les patientes : RR = 0,40 [0,32-0,50].

La Cochrane a mené une étude en 2012 [22] qui reprend ces mêmes conclusions en ajoutant par ailleurs une prévalence moins importante d'anomalies du rythme cardiaque fœtal en maison de naissance (RR = 0,77 [0,70-0,85]). En ce qui concerne l'état néonatal, moins de nouveau-nés ont un apgar inférieur à sept à une minute de vie (de façon significative). Cependant l'apgar à cinq minutes est similaire entre les deux modes de prise en charge. Il y a donc moins d'interventions médicales néonatales et cela ne va pas au détriment de la santé des nouveau-nés [23].

Les raisons de transferts pendant le travail, de la maison de naissance vers le plateau technique, ont été étudiées en Allemagne dans une étude prospective [24]. Les trois étiologies principales responsables de transferts sont : la rupture prématurée des membranes (29,3%), le travail dystocique (25,4%) et les anomalies du rythme cardiaque fœtal (14%). Malgré une bonne présélection des patientes, certaines complications ne sont effectivement pas prévisibles. Le transfert doit se faire de manière organisée et il est possible que celui-ci représente un risque additionnel à la complication existante, du fait de la distance avec l'hôpital et du temps de transfert. En Allemagne, le temps de transport entre une maison de naissance et l'hôpital qui est en liaison avec elle, varie entre cinq minutes et une heure avec une médiane de quinze minutes. En outre, les obstétriciens exerçant à l'hôpital ont admis que dans 82% des cas, les transferts étaient justifiés.

L'importance d'un suivi continu a par ailleurs été mis en évidence dans deux études récentes : l'une réalisée en 2012 sur le soutien continu pendant le travail [25], et l'autre en 2013 sur les soins dispensés par une seule et même sage-femme tout au long de la grossesse et jusqu'à l'accouchement [26]. Ce sont toutes deux des revues de la Cochrane. La première conclut qu'un soutien continu pendant le travail augmente les chances d'un accouchement vaginal spontané, et la satisfaction des patientes. L'accompagnement implique notamment un soutien affectif, des mesures de confort, d'information et de sensibilisation. Les femmes sont par ailleurs moins demandeuses de médicaments contre la douleur, ce qui leur permet de se mobiliser d'avantage (un des éléments qui expliqueraient le nombre plus élevé d'accouchements vaginaux spontanés). A noter que ce soutien semble plus



bénéfique lorsque qu'il est apporté par une personne ne faisant pas partie du réseau social de la parturiente.

La deuxième étude stipule que toutes les femmes devraient bénéficier de la continuité des soins dispensés par une sage-femme dès le début de la grossesse, sauf si elles souffrent de graves complications médicales ou obstétricales. Les résultats montrent une prévalence moindre des accouchements prématurés et des interventions pendant le travail et l'accouchement dans ce cas.

1.4 Qu'en est-il de la situation en France ?

1.4.1 Vers une expérimentation

Bernard Kouchner, alors ministre de la santé, est le premier, en 1998, à parler de maisons de naissance [18], en voulant mettre en place des groupes de travail. Le plan Périnatalité 2005-2007 [27], approuvé en 2004, s'appuie sur quatre grands axes : « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ». Dans ce cadre, est mise en avant la nécessité de différencier la prise en charge des grossesses à haut risque obstétrical de celles à bas risque obstétrical. Ainsi, le plan souhaite renforcer le rôle et l'autonomie des sages-femmes en recommandant une évaluation de la mise en place de maisons de naissance, attenantes à des plateaux techniques privés ou publics. Roselyne Bachelot propose ainsi en 2010 le lancement d'une expérimentation dans le cadre du projet de loi du financement de la sécurité sociale pour 2011. L'objectif était notamment de faire une « évaluation médico-économique dans des conditions méthodologiquement rigoureuses » de ces structures, comme le recommande la cour des comptes 2011 [28]. Les débats ont été très animés. Le 24 mai 2011, Mugette Dini, sénatrice, dépose une proposition de loi au Sénat adoptée le 13 juin 2013, autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. L'Assemblée nationale a par la suite adopté définitivement ce texte le 28 novembre 2013.

Cette loi, promulguée le 6 décembre 2013, est composée de cinq articles (Annexe I) [29]. L'article 1^{er} définit les maisons de naissance, expose les principes et

les conditions de l'expérimentation. Les structures qui pourront fonctionner au maximum cinq ans, devront impérativement être attenantes à une maternité et conclure une convention avec elle (permettant ainsi les transferts de façon organisée). Cette close est une condition de sécurité importante, notamment demandée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Ces dispositions permettraient de créer des maisons de naissances attenantes gérées par des sages-femmes libérales et des maisons de naissance hospitalière (dans l'enceinte de l'hôpital). D'autre part, l'activité de la maison de naissance sera comptabilisée dans celle de la maternité partenaire pour éviter à cette dernière qui serait proche de 300 accouchements par an de passer en dessous de ce seuil et donc de fermer (décret du 9 octobre 1998 autorisant à un établissement la pratique de l'obstétrique s'il réalise plus de 300 accouchements annuels [30]). L'article 2 stipule que les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L.6111-1 du code de la santé publique (Annexe II). L'expérimentation sera définie par un cahier des charges spécifique, établi par la Haute Autorité de Santé d'ici fin 2014. L'article 3 annonce que la liste des maisons de naissance sera fixée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Il prévoit également la procédure de suspension ou de retrait d'expérimentation en cas de risque sanitaire ou de manquement. L'article 4 concerne l'évaluation sous forme de rapport remis au Parlement par le gouvernement. Il sera fait au moins un an avant le terme de l'autorisation de fonctionnement. Enfin, le dernier article rappelle les conditions générales de l'expérimentation fixées par décret en Conseil d'Etat, pour assurer un niveau élevé d'encadrement.

Ainsi, la notion propre de maison de naissance en France, n'existe pas en tant que telle en raison de l'absence de reconnaissance légale [31].

1.4.2 Une demande des sages-femmes et des couples...

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes affiche clairement sa volonté de promouvoir les maisons de naissance. Dans Contact sage-femme de janvier 2009 [32], madame Keller (présidente du CNOSF) explique que :



« l'ouverture des maisons de naissance doit se faire car c'est une demande forte des usagers et des sages-femmes. (...) Les maisons de naissance sont possibles avec une bonne évaluation du risque de la parturiente tout au long de la grossesse (...) la possibilité de staff gynécologue-obstétricien-sage-femme pour l'étude de dossier de certaines parturientes devrait être organisée (...) »

De plus, le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) soutient depuis les années 2000, la mise en place des maisons de naissance intra et extra-hospitalières, face à la demande des femmes enceintes et au droit des parents de choisir le lieu de naissance.

En 2006, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a réalisé un état des lieux des attentes des parturientes [33]. Ces dernières recherchent en priorité l'écoute et l'accompagnement, le dialogue et les explications. La qualité technique de la prise en charge ne vient qu'après. En outre, 6% des patientes interrogées, se disent pas du tout ou plutôt pas satisfaites du déroulement de leur accouchement. Une minorité de femmes souhaiterait donc une prise en charge différente qui n'existe pas aujourd'hui.

Dans une enquête Ipsos de décembre 2010, 2% des femmes enceintes déclarent qu'elles préféreraient accoucher à domicile et un groupe minoritaire aurait voulu un accouchement peu médicalisé.

Depuis quelques années, les couples ont pris conscience qu'ils pouvaient faire part de leurs souhaits, idées, et choix. Ainsi, ils proposent plus facilement un projet de naissance à la fin de la grossesse résumant leurs attentes pour le travail et l'accouchement. Ils prônent un retour au respect du caractère physiologique naturel de la naissance et présentent par conséquent un attrait croissant pour les maisons de naissance.

En 2012, le CIANE a voulu évaluer le respect des souhaits des couples et leur vécu de l'accouchement [34]. Soixante-trois pour cent des couples considèrent leurs souhaits respectés et 11% pensent que l'équipe médicale n'a pas fait de son mieux

pour répondre à leurs attentes. Cependant un constat ressort de cette étude et est commun à la majorité des couples (que leurs souhaits semblent respectés totalement, partiellement, ou pas du tout) : ils aimeraient échanger d'avantage avec le professionnel ayant accompagné l'accouchement (Annexe III tableau 1). Les femmes ont ainsi plusieurs demandes concernant leur liberté de mouvement (déambuler, choix de position) (Annexe III, graphe 1), un accompagnement personnalisé de la douleur (soutien pour un accouchement sans péridurale et possibilité de choisir le moment de la pose de péridurale), et le refus de l'épisiotomie ou du moins, être prévenue avant que celle-ci soit réalisée en cas de nécessité médicale. De plus, les parturientes mettent l'accent sur les conditions de travail et le manque de personnel (Annexe III, graphe 2). En effet, l'ensemble des acteurs de la périnatalité mettent eux-même en avant l'envie et la nécessité de retrouver « l'humain », face à des maternités de plus en plus grandes et aux personnels soumis à des situations de contraintes importantes.

1.4.3 ... Appuyée par les obstétriciens

Le CNGOF était initialement opposé à la création des maisons de naissance pour des raisons de sécurité, et de continuité des soins [35]. Il a ensuite changé d'avis en reconnaissant la technicisation exagérée de la naissance pour les grossesses à bas risque. Dans un avis publié en décembre 2012, il reconnaît « *un risque iatrogène de la surmédicalisation et du surtraitement* », en plus d'un « *gaspillage de moyens* ». Il valide l'expérimentation des maisons de naissance et y est favorable devant l'assurance d'une sécurité et d'une organisation optimale. Cela s'envisage par un accouchement exclusivement à « proximité immédiate et en lien étroit avec un plateau technique, et doté de moyens techniques et humains pour prendre en charge la pathologie obstétricale » [36].

En mars 2012, le Professeur René Frydman assurait même : « *il est difficilement compréhensible que malgré les résultats des expériences européennes et les approbations successives des autorités (...), une expérience ne puisse enfin être réalisée en France* ».

Seule une collaboration optimale entre professionnels des structures hospitalières et sages-femmes travaillant dans ces futures structures, sont les garants d'une pratique professionnelle optimale assurant ainsi le meilleur suivi pour chaque femme en respectant au mieux leurs attentes.

Les maisons de naissance apparaissent comme une bonne alternative entre l'accouchement à domicile et l'accouchement sur plateau technique. Aujourd'hui, il n'existe pas de maison de naissance en France car elles ne sont pas autorisées légalement. Il faudra attendre les résultats de l'expérimentation. Cependant, certaines structures semblables aux maisons de naissance ont été ouvertes et proposent le même type de prise en charge.

1.5 La maison de naissance de Pontoise

La maison de naissance de l'hôpital de Pontoise a ouvert ses portes en novembre 2006 grâce à l'impulsion du chef de service de la maternité, le docteur Jean-Michel Muray, et de deux sages-femmes, Isabelle Chevalier et Isabelle Georgel, et grâce à l'accord donné par la direction de l'hôpital. Elle se situe dans le même bâtiment que la salle de naissance mais à un étage différent, ce qui l'inscrit dans un cadre strictement hospitalier. Elle fait partie du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) d'Ile-de-France et s'insère dans un réseau périnatal.

L'accompagnement global des patientes tout au long de la grossesse y est évidemment réalisé et depuis 2007, une centaine de femmes peut bénéficier de ce suivi chaque année.

Les parturientes accouchent à l'étage de la maison de naissance, sauf en cas de complications où elles sont alors transférées au bloc obstétrical.

Les femmes recrutées étant à bas risque obstétrical, elles ne sont pas perfusées. Et le monitoring est discontinu. Elles ne bénéficient pas de l'analgésie péridurale et vont par d'autres moyens gérer leur douleur. La présence quasi-constante de la sage-femme les aide également. Enfin, aucun geste n'est fait de façon systématique que ce soit pour la mère ou l'enfant, mis à part pour respecter les protocoles établies



à Pontoise. Une grande liberté est laissée aux couples durant le travail et l'accouchement (postures, mobilisation...).

2 Méthodologie et résultats

2.1 Présentation de l'étude

2.1.1 Problématique et hypothèses

La France se trouve au 17^{ème} rang en ce qui concerne la sécurité maternelle, foetale et néonatale. Les maisons de naissance ont opté pour une prise en charge moins médicalisée mais qui ne doit pas aller au détriment de la santé de la mère et de l'enfant. Cette structure ne saurait exister si tel était le cas. Et l'expérimentation a effectivement l'objectif de démontrer cela.

La prise en charge moins médicalisée proposée en maison de naissance lors de l'accouchement, a-t-elle une répercussion sur les issues maternelles et néonatales ?

Pour répondre à la problématique précédente, trois hypothèses ont été posées.

Notre première hypothèse est que la prise en charge appliquée en maison de naissance ne provoque pas plus de complications maternelles que celle faite en salle de naissance. Il n'y a pas plus d'extractions instrumentales, de travaux dystociques, de césarienne ou de complications liées à la délivrance.

Notre seconde hypothèse se porte sur la morbi-mortalité néonatale en considérant qu'il n'y a pas plus de complications qu'en salle de naissance, telles que des anomalies du rythme cardiaque, des réanimations néonatales, des hypothermies ou des infections néonatales.

Enfin, notre dernière hypothèse concerne les sages-femmes. Ces dernières, ayant les compétences pour détecter la pathologie, peuvent réagir rapidement lorsqu'une telle situation se présente, et faciliter un transfert dans les meilleurs délais.



2.1.2 Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude cas-témoins rétrospective, sur dossiers, effectuée à la maternité de Pontoise. Les patientes « Cas » et « Témoins » faisant partie de l'étude, ont accouché sur la période de janvier à août 2013.

Cette étude a pour objectif la réalisation d'un état des lieux des issues maternelles et néonatales à la suite d'un accouchement en maison de naissance versus d'un accouchement au bloc obstétrical. Il s'agit donc d'une étude comparative.

La population « Cas » correspond à la population éligible en maison de naissance, c'est-à-dire des patientes ayant accouché par voie basse à terme, après une mise en travail spontanée. Elles n'ont pas d'antécédents particuliers, et ont eu une grossesse unique suivie régulièrement et sans événements notables que ce soit pour la mère ou pour le fœtus. Elles ont été sélectionnées à partir du cahier d'accouchement de la maison de naissance de Pontoise sur la période étudiée. Aucune patiente n'a été exclue mis à part celles transférées avant la mise en travail, ou déclenchées (mais étant tout de même inscrites sur le cahier).

En ce qui concerne les patientes de la population « Témoins », nous les avons présélectionnées grâce au cahier d'accouchement de la salle de naissance de Pontoise et à la base de données FUSION (logiciel informatique où sont regroupés les antécédents, le suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum). Elles ont accouché aux mêmes dates, à des horaires similaires et sont si possible de même parité que la population « cas ». Ensuite, nous avons vérifié sur les dossiers papiers obstétricaux si elles correspondaient bien aux critères d'inclusion qui définissent le profil pour accoucher en maison de naissance.

Ainsi, ont été exclues les parturientes déclenchées, maturées ou césarisées avant travail, les utérus multi-cicatriciels ou uni-cicatriciels non éprouvés, les accouchements prématurés ou les grossesses marquées par une pathologie maternelle ou fœtale nécessitant un suivi en maternité de niveaux 2 ou 3.



Nous avons fait 107 demandes de dossiers obstétricaux et avons eu 98 retours. Nous avons alors retenu 96 dossiers : 48 pris en charge au sein de la maison de naissance et 48, en salle de naissance.

Une grille de recueil a été créée (Annexe IV), et les données ont été mises sous forme de tableau Excel pour ensuite pouvoir les analyser grâce au logiciel R. Les groupes « cas » et « témoins » ont été comparés à l'aide des tests statistiques du Chi 2 / Fisher (selon les conditions d'application) et du test de Student de façon appropriée.

Les indices de masse corporelle (IMC) ont été calculés à partir du poids avant la grossesse et de la taille des patientes.

2.2 Résultats

2.2.1 Profil des parturientes

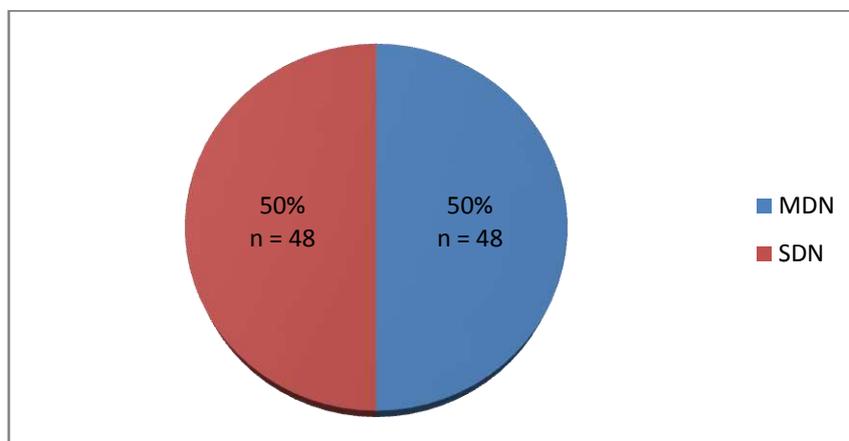


Figure 1 : Répartition des parturientes faisant partie de l'étude en fonction du lieu d'accouchement

Sur les 96 patientes recrutées dans notre étude, la moitié voulait un accouchement en maison de naissance et l'autre moitié en salle de naissance.

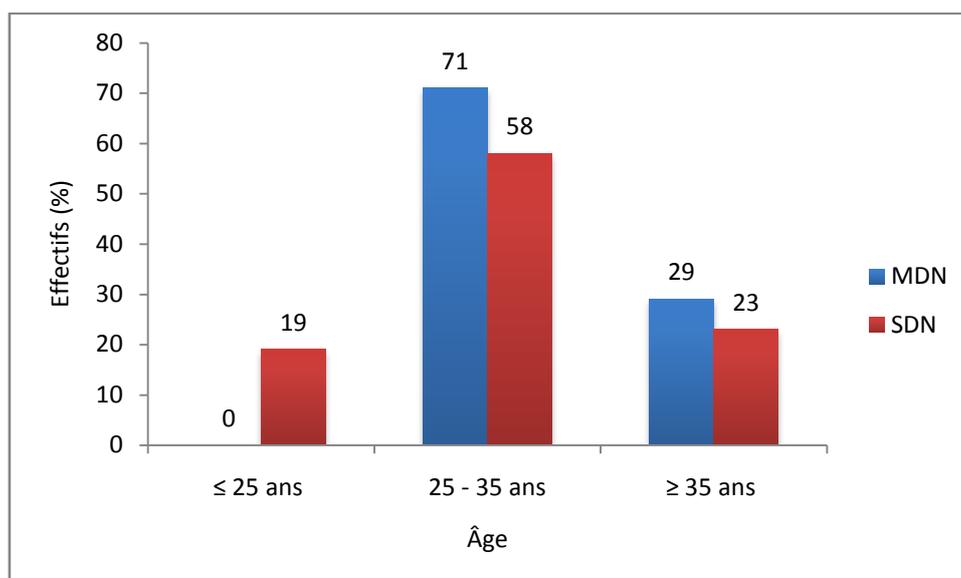


Figure 2 : Répartition des parturientes en fonction de leur âge

La moyenne d'âge des parturientes accueillies en maison de naissance est de 32 ans et de 30 ans pour celles accueillies en salle de naissance (**p = 0.05**).

En maison de naissance, aucune patiente n'a moins de 25 ans, 71% ont entre 25 et 35 ans et 29% ont 35 ans ou plus.

En salle de naissance, 19% des patientes ont 25 ans ou moins, 58% ont entre 25 et 35 ans et 23% ont 35 ans ou plus.

	MDN	SDN	
moyenne	22.6	22.8	p = 0.72
IMC			
IMC < 18.5	4.2 %	2.1 %	p = 0.61
IMC > 25	18.8 %	25%	p = 0.66

Tableau 1 : Comparaison des indices de masse corporelle en fonction du lieu d'accouchement

Les patientes ont en moyenne un indice de masse corporelle (IMC) de 22,6 en maison de naissance et de 22,8 en salle de naissance.

En maison de naissance, 4,2% des femmes sont en sous-poids contre 2,1% en salle de naissance. Par contre, 18,8% des femmes du premier lieu et 25% des femmes du deuxième lieu sont en surpoids.

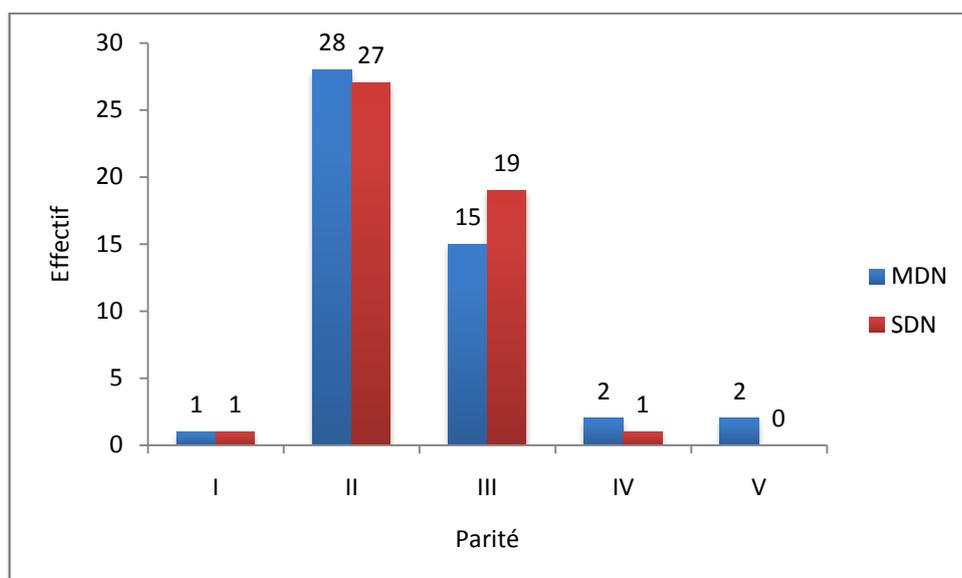


Figure 3 : Répartition des parturientes en fonction de leur parité

En maison de naissance, nous retrouvons une primipare, 28 deuxième pares, 15 troisième pares, deux quatrième pares et cinq cinquième pares ; en salle de naissance, une femme accouche de son premier enfant, 27 de leur deuxième, 19 de leur troisième et un de son quatrième.

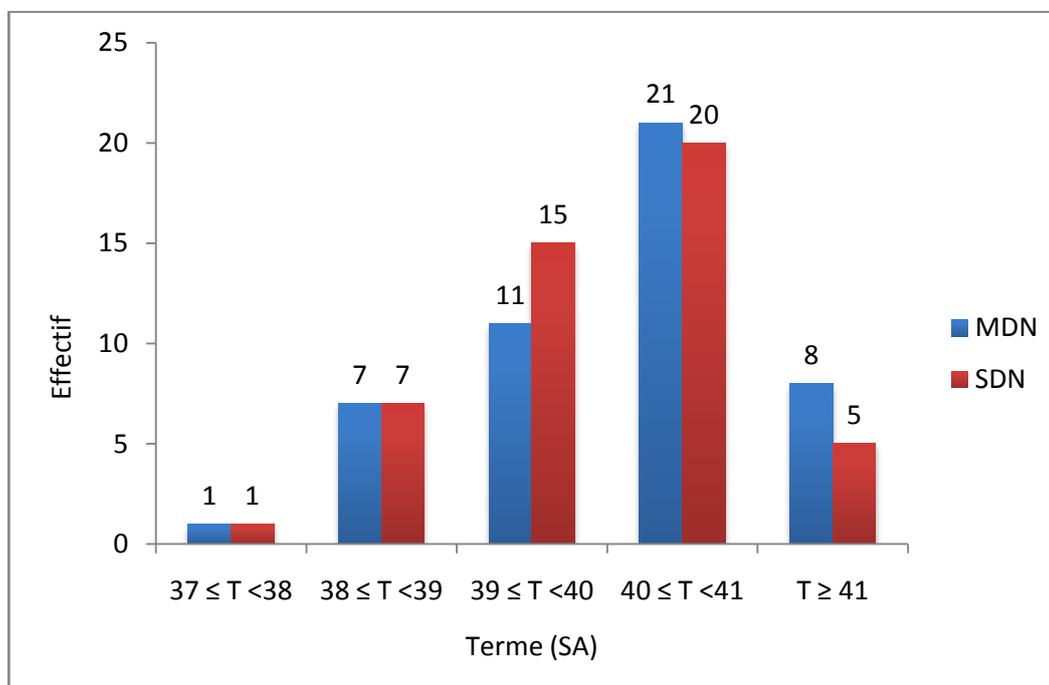


Figure 4 : Terme d'accouchement en fonction du lieu de naissance



	MDN	SDN	
T < 39 SA	16.7 %	16.7 %	p = 0.79
T ≥ 41 SA	16.7 %	10.4 %	p = 0.5

Tableau 2 : Comparaison des termes > 39 SA et des post-termes selon le lieu d'accouchement

Répartition des femmes selon leur terme d'accouchement et le lieu de naissance

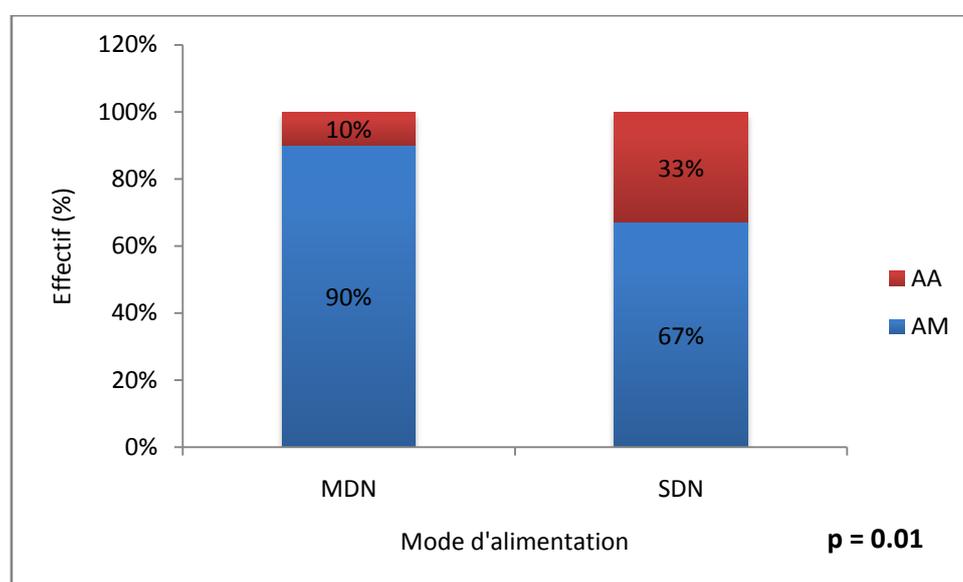


Figure 5 : Mode d'alimentation du nouveau-né en fonction du lieu de naissance

Quatre-vingt dix pour cent des mères ont décidé d'allaiter leur enfant en maison de naissance contre 67% en salle de naissance.

Aucune des patientes n'a d'antécédents particuliers, que ce soit au niveau chirurgical, médical ou obstétrical, mis à part un antécédent de rétention placentaire pour une patiente de la maison de naissance.

On compte trois diabètes équilibrés sous régime en maison de naissance et six en salle de naissance.

Une patiente ayant un utérus cicatriciel éprouvé a été acceptée en maison de naissance. Elles sont deux au bloc obstétrical.



2.2.2 Prise en charge du travail

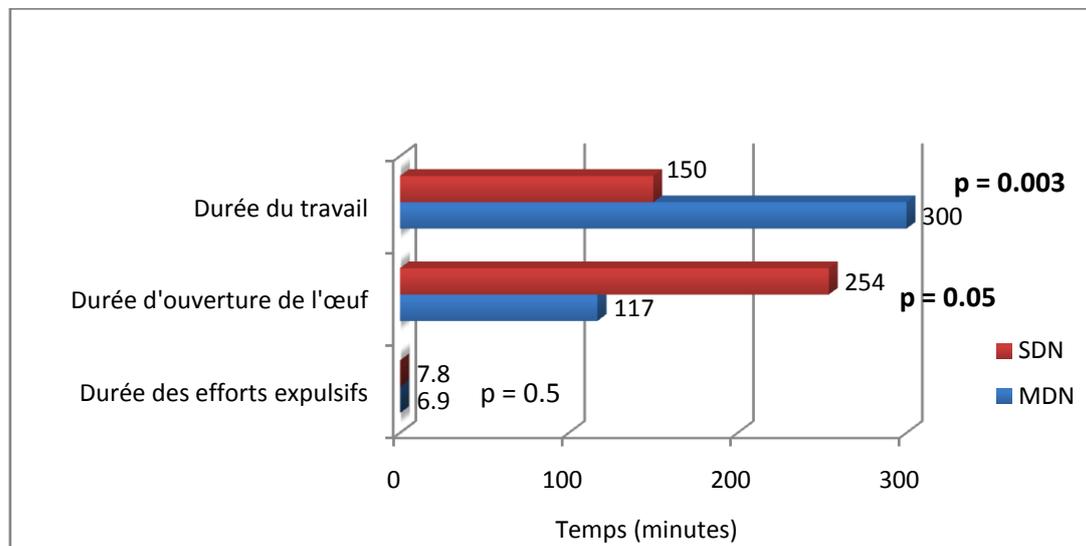


Figure 6 : Durées du travail, de l'ouverture de l'œuf et des efforts expulsifs en fonction du lieu d'accouchement

Le travail a duré en moyenne cinq heures, la durée d'ouverture de l'œuf deux heures et les efforts expulsifs près de sept minutes. Les temps sont respectivement de deux heures trente, quatre heures dix minutes et sept quasiment huit minutes en salle de naissance.

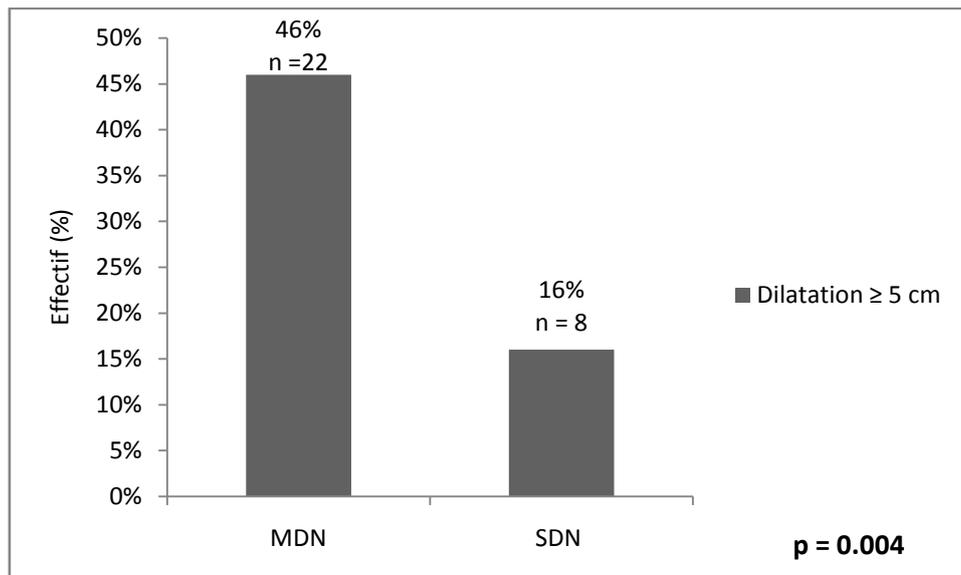


Figure 7 : Parturientes arrivant à plus de cinq cm de dilatation en fonction du lieu d'accouchement

Vingt-deux patientes de la maison de naissance sont arrivées à cinq centimètres de dilatation ou plus contre huit de la salle de naissance.

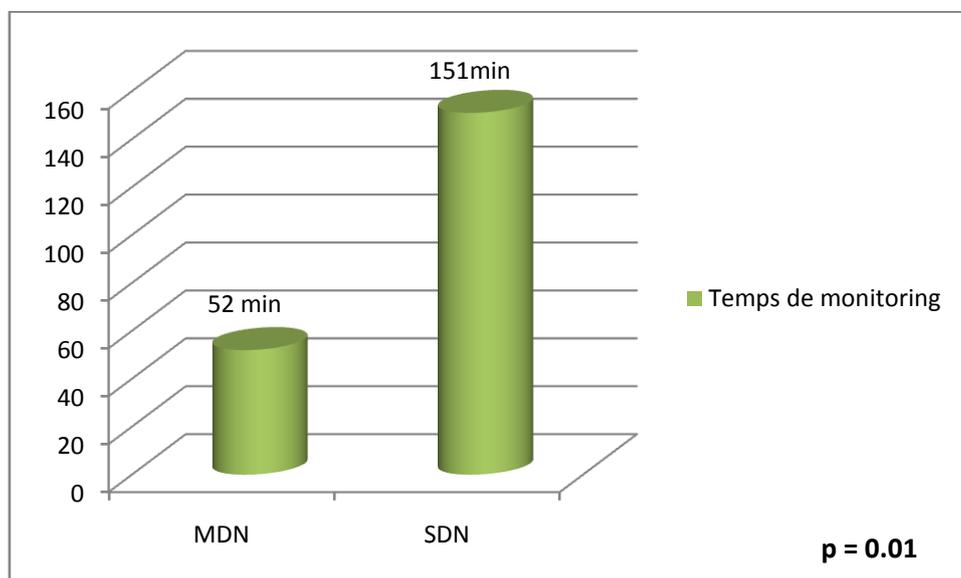


Figure 8 : Moyenne du temps passé sous monitoring en fonction du lieu d'accouchement

Le rythme cardiaque fœtal a été enregistré en moyenne pendant 52 minutes en maison de naissance et 151 minutes en salle de naissance.

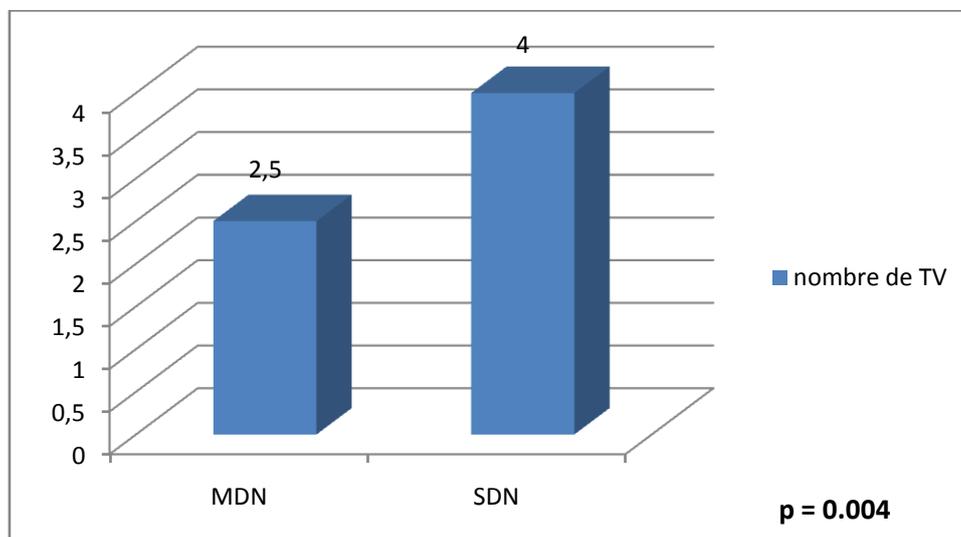


Figure 9 : Moyenne des touchers vaginaux pendant le travail

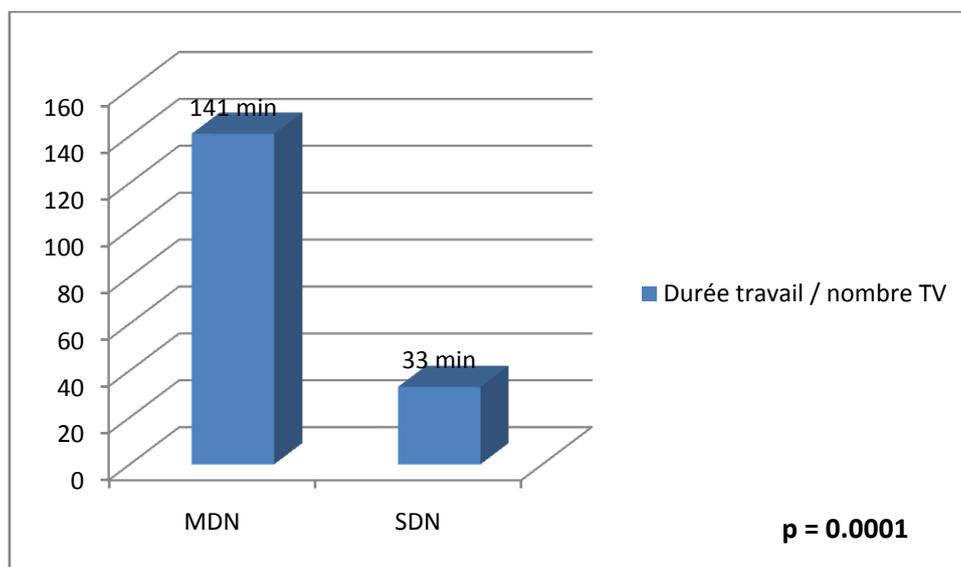


Figure 10 : Moyenne de temps entre deux touchers vaginaux

Les sages-femmes de la maison de naissance ont examiné leurs patientes toutes les 141 minutes soit deux touchers vaginaux et demi par travail en moyenne. Ce temps est de 33 minutes en salle de naissance pour quatre touchers vaginaux.

Aucune patiente de la maison de naissance n'a souhaité une analgésie péridurale contrairement à 28 patientes de la salle de naissance (soit 58%) ($p < 0.05$).

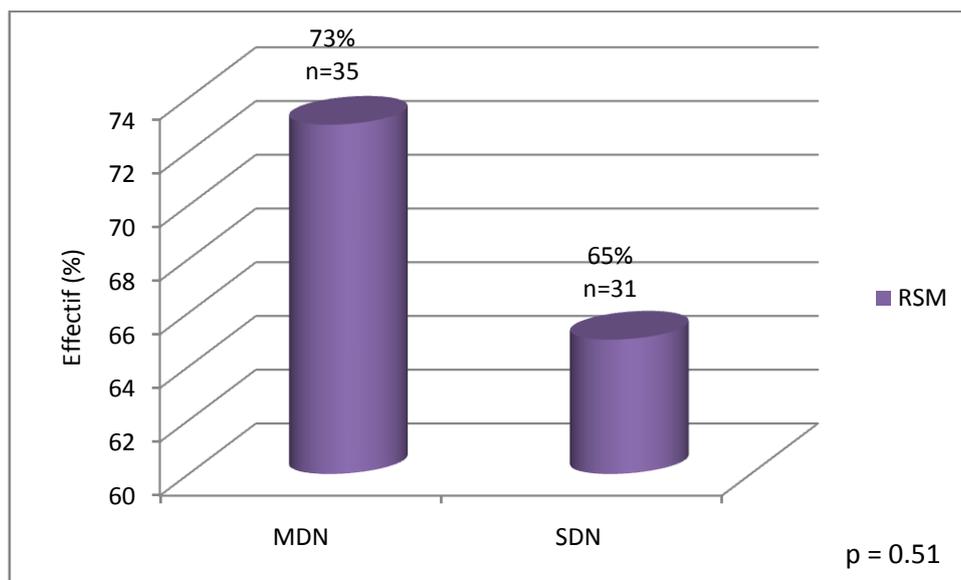


Figure 11: Parturientes ayant rompu spontanément les membranes

Soixante-treize pour cent des patientes de la maison de naissance ont eu une rupture spontanée des membranes avant ou pendant le travail, contre 65% en salle de naissance

Aucune patiente n'a eu de travail dirigé en maison de naissance contre 23% des cas en salle de naissance (31 patientes) ($p = 0.005$).

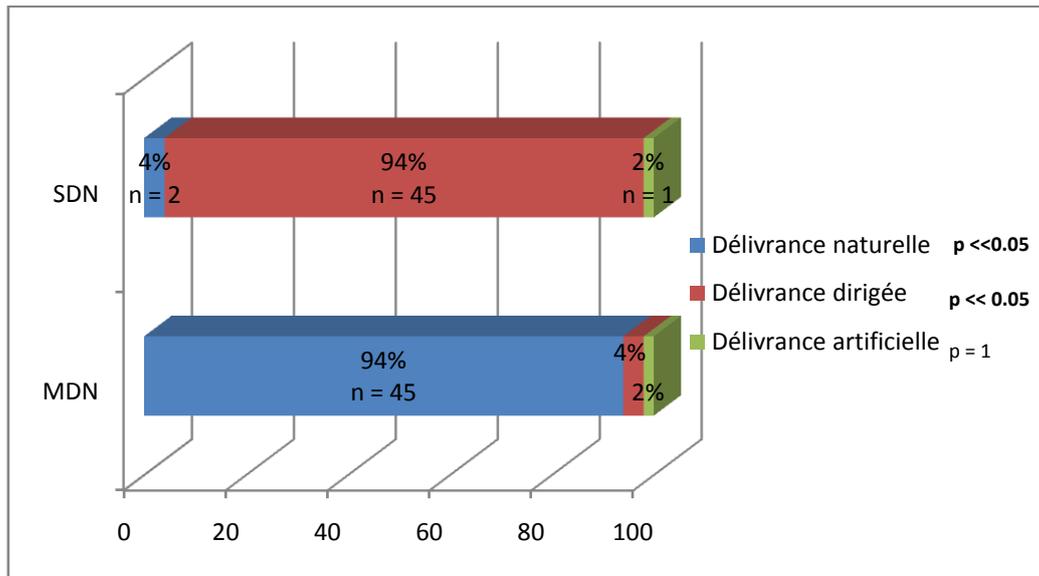


Figure 12: Mode de délivrance en fonction du lieu d'accouchement

En ce qui concerne le mode de délivrance, nous avons dénombré en maison de naissance 94% de délivrances naturelles, quatre pour cent de délivrances dirigées et deux pour cent de délivrances artificielles.

En salle de naissance, nous avons quatre pour cent de délivrances naturelles, 94% de délivrances dirigées et deux pour cent de délivrances artificielles.

2.2.3 Issues maternelles

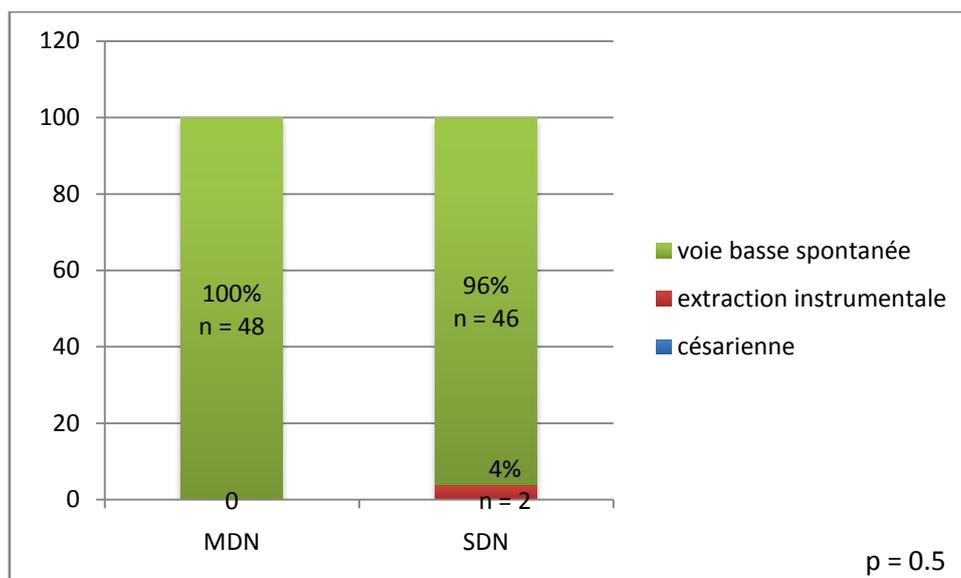


Figure 13: Voie d'accouchement en fonction du lieu

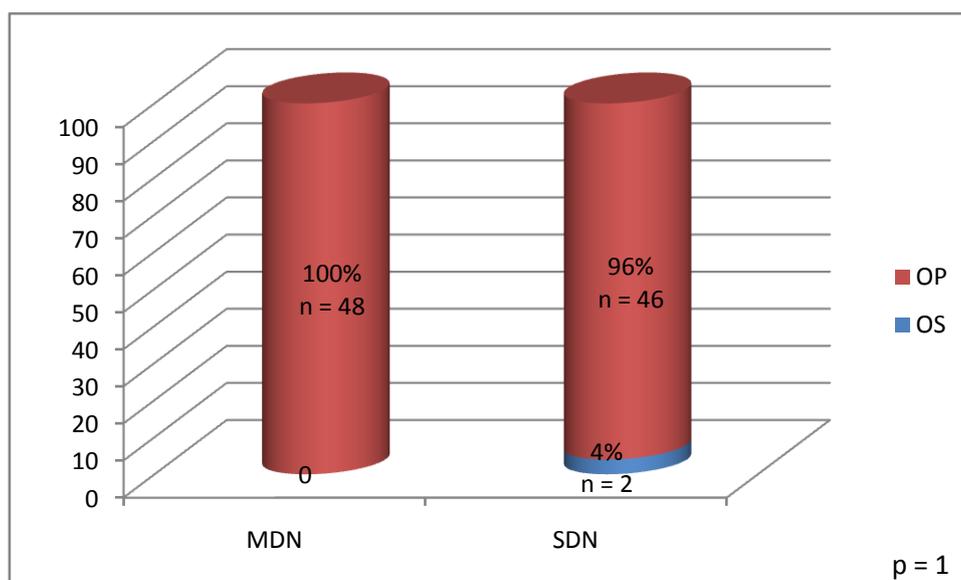


Figure 14: Orientation de la présentation en fonction du lieu d'accouchement

Toutes les femmes de la maison de naissance ont pu accoucher par voie basse spontanée avec une présentation en occipito-pubien.

En salle de naissance, 96% des patientes ont eu une voie basse spontanée et quatre pour cent une extraction instrumentale. Quatre pour cent des présentations étaient postérieures.

Nous n'avons relevé aucune stagnation de la dilatation ni non engagement de la présentation dans les deux groupes d'étude.

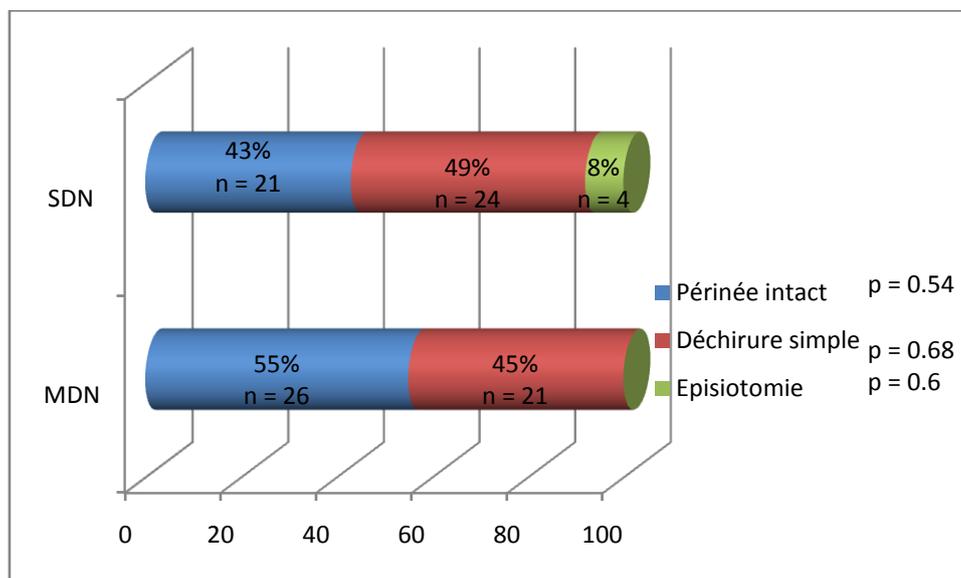


Figure 15 : Répartition des différents états du périnée

Suite à leur accouchement, la maison de naissance a décrit 26 périnées intactes, 21 déchirures simples et une épisiotomie. En ce qui concerne la salle de naissance, nous avons retrouvés 21 périnées intactes, 24 déchirures simples et trois épisiotomies.

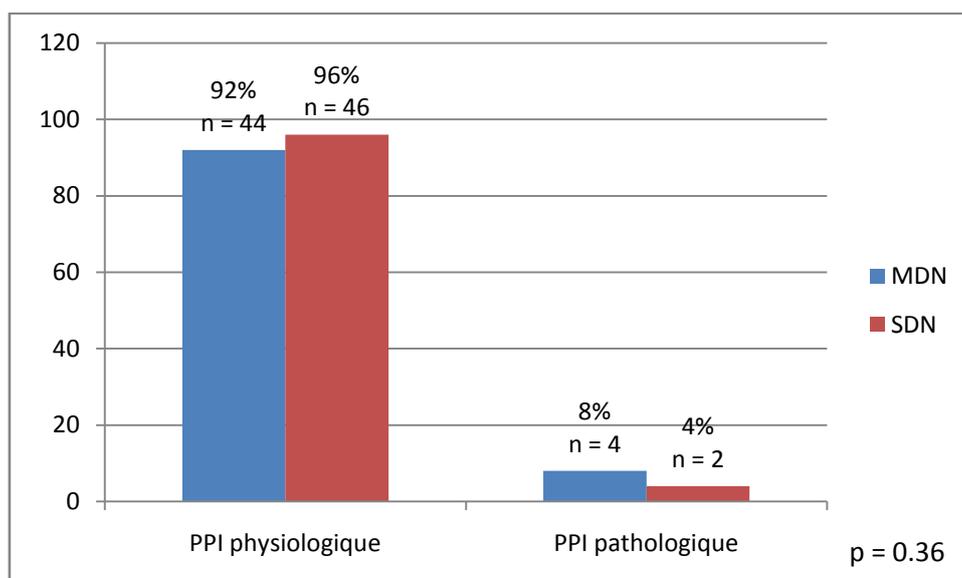


Figure 16 : Caractère physiologique ou pathologique du post-partum immédiat

Suite à leur accouchement, 43 patientes de la maison de naissance ont connu un post-partum immédiat physiologique et 47 en salle de naissance.

	MDN	SDN	
DA/RU	2%	2%	p = 1
	n = 1	n = 1	
RU	2%	4%	p = 1
	n = 1	n = 2	

Tableau 3 : Prévalence de la révision utérine précédée ou non d'une délivrance artificielle en fonction du lieu d'accouchement

La prise en charge d'une patiente de la maison de naissance a nécessité la réalisation d'une délivrance artificielle avec révision utérine tout comme en salle de naissance. Cependant une patiente a eu une révision utérine après la délivrance.

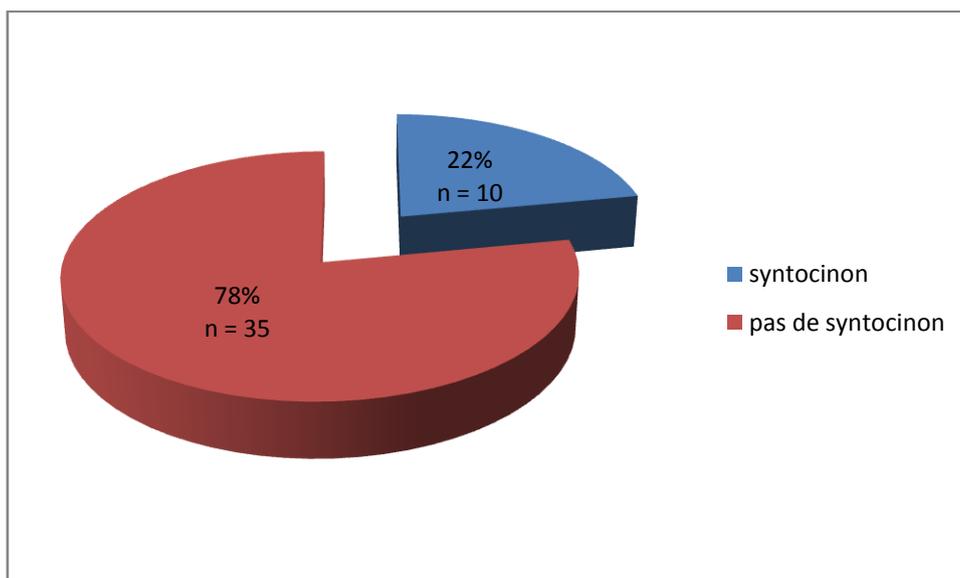


Figure 17 : Utilisation de l'ocytocine dans le post-partum immédiat après une délivrance naturelle en maison de naissance

Vingt-deux pour cent des patientes de la maison de naissance ont reçu du syntocinon dans le post partum immédiat à la suite d'une délivrance naturelle.

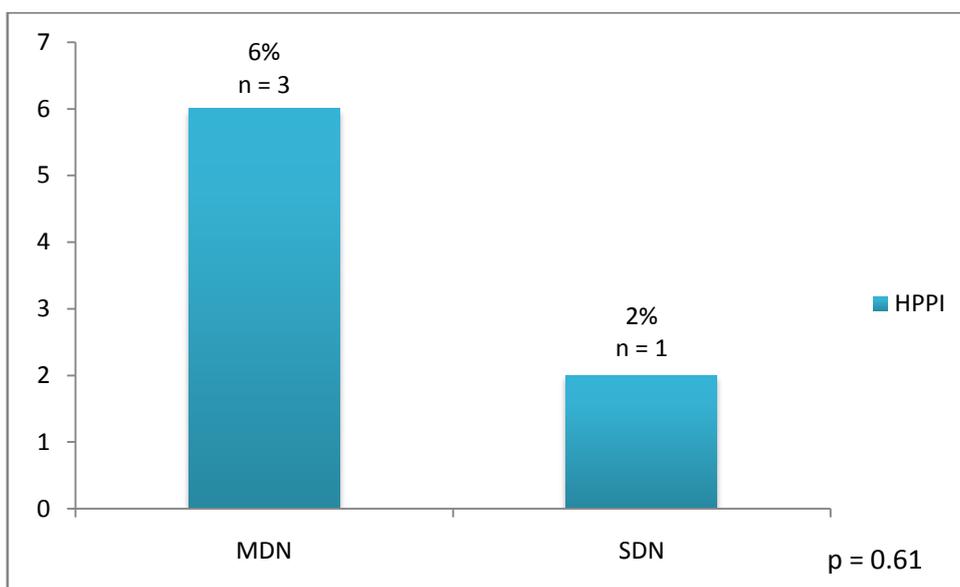


Figure 18: Prévalence de l'hémorragie du post-partum immédiat en fonction du lieu d'accouchement

Nous avons relevé trois cas d'hémorragie de la délivrance en maison de naissance (6%) et un cas en salle de naissance (2%).

	DN	DD	DA	
Nombre de patientes de la MDN	94% n = 45	4% n = 2	2% n = 1	
HPPI	4% n = 2	0	2% n = 1	p = 0.2

Tableau 4 : Prévalence de l'hémorragie du post-partum immédiat en maison de naissance en fonction du mode de délivrance

Deux des patientes de la maison de naissance ayant eu une délivrance naturelle, ont eu une hémorragie de la délivrance.

Aucune patiente de la salle ou de la maison de naissance n'a eu d'épisode fébrile dans le post-partum immédiat.

Aucun décès maternel n'a été déploré que ce soit en maison de naissance ou au bloc obstétrical.

2.2.4 Issues néonatales

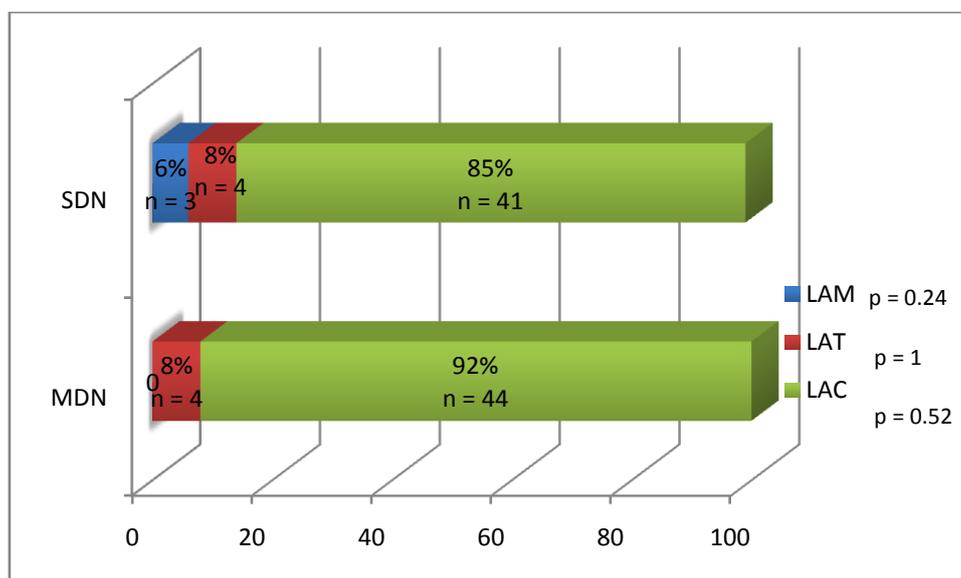


Figure 19 : Répartition des aspects du liquide amniotique

La maison de naissance a eu 44 travaux marqués par un liquide amniotique clair, quatre par un liquide teinté et aucun par un liquide méconial. Pour la salle de naissance, les valeurs sont respectivement de 41, quatre et trois cas.

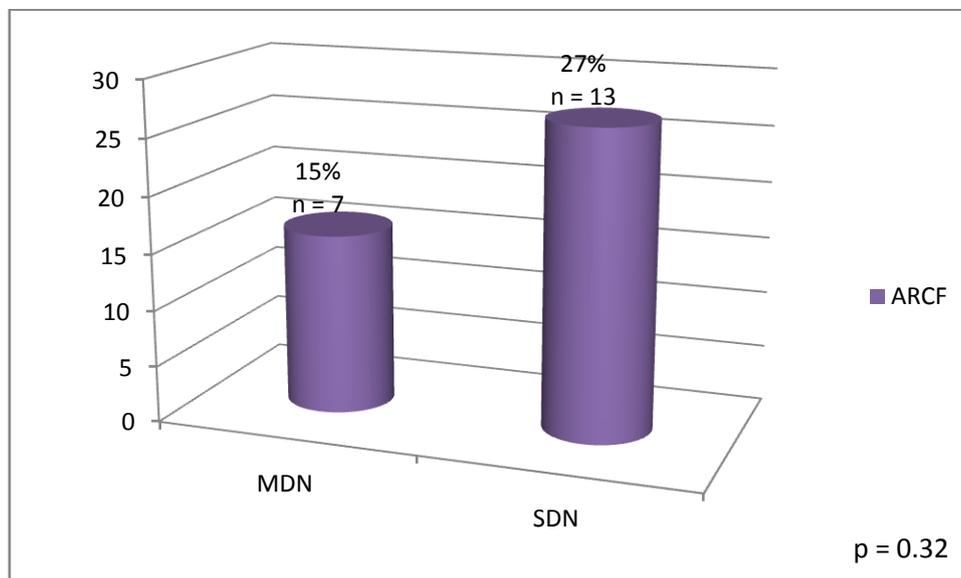


Figure 20 : Travaux marqués par des anomalies du rythme cardiaque fœtal

Il y a eu des anomalies du rythme cardiaque fœtal à un moment du travail dans 15% des cas en maison de naissance et dans 27% des cas en salle de naissance.

	MDN	SDN	
Protocole streptocoque B	17% n = 8	17% n = 8	
Prélèvements périphériques	31% n = 15	65% n = 31	p = 0.0021
Nouveau-nés infectés	0	0	

Tableau 5 : Comparaison du nombre de protocole streptocoque B, de prélèvements périphériques et des nouveau-nés infectés en fonction du lieu de naissance

Le protocole streptocoque B a été mis en place chez huit parturientes de la maison de naissance, tout comme en salle de naissance. Les sages-femmes ont fait des prélèvements périphériques chez 31% des nouveau-nés de la maison de

naissance contre 65% de la salle de naissance. Aucun bébé n'a été infecté au moment de l'accouchement.

	MDN	SDN	
M1	0	2% n = 1	p = 1
M5	0	2% n = 1	p = 1
M10	0	0	

Tableau 6 : Nouveau-nés ayant un apgar ≤ 7 à une, cinq et 10 minutes de vie en fonction du lieu de naissance

Que ce soit à une minute, cinq ou 10 minutes de vie, aucun nouveau-né des deux groupes n'a eu d'apgar inférieur à sept strictement. En salle de naissance, à une et cinq minutes de vie, un enfant avait un apgar égal à sept, mais ce n'était pas le même bébé.

Les sages-femmes de la salle de naissance ont réalisé une réanimation néonatale pour détresse respiratoire. Aucun transfert en réanimation n'a été nécessaire.

Un nouveau-né de la maison de naissance a inhalé du liquide amniotique clair, ce qui a nécessité une surveillance en salle de naissance. Devant une bonne récupération spontanée et un état stable, il n'y a pas eu besoin de réanimation. Il n'y a pas eu non plus de transfert en réanimation.

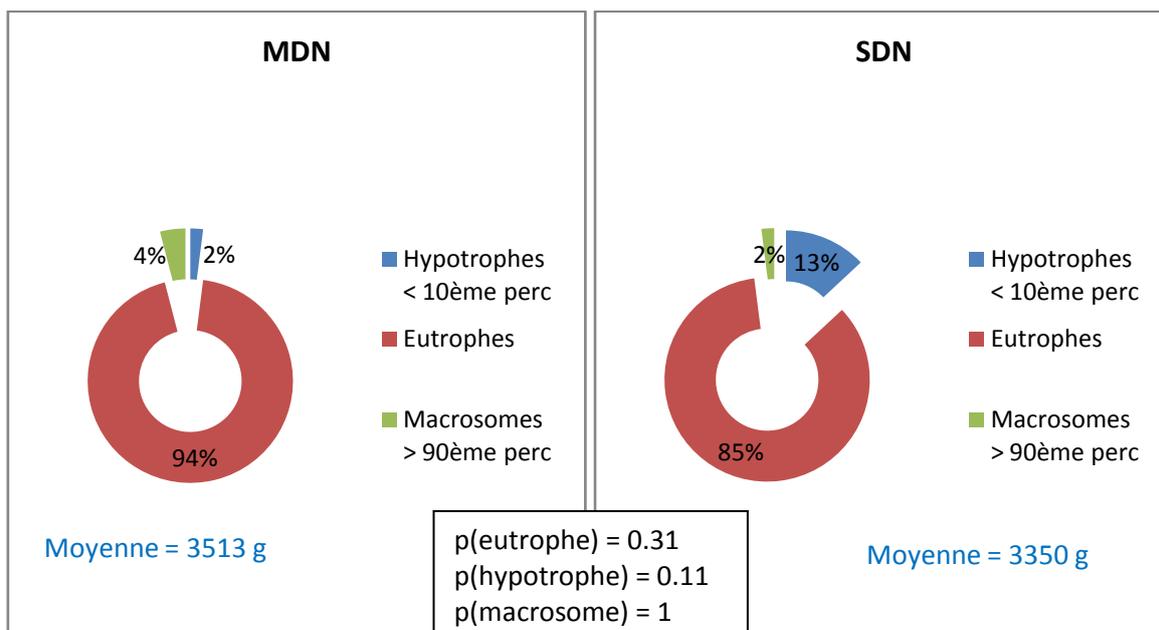


Figure 21 : Répartition des nouveau-nés selon leur poids et leur lieu de naissance

Les nouveau-nés pèsent en moyenne 3513 grammes en maison de naissance et 3350 grammes en salle de naissance. Ils sont eutrophes dans la majorité des cas.

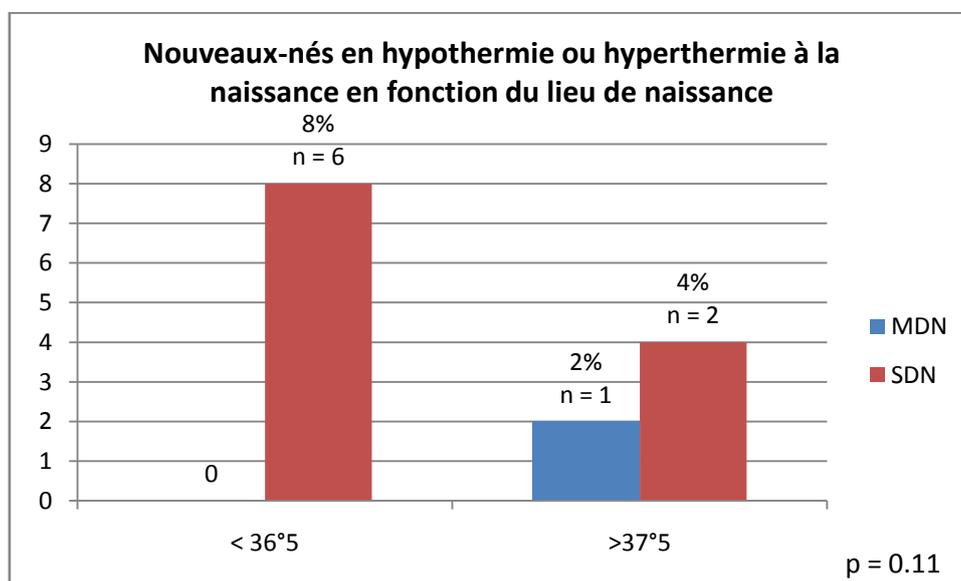


Figure 22 : Nouveaux-nés en hypothermie ou hyperthermie à la naissance

Un nouveau-né de la maison de naissance a eu un épisode fébrile en maison de naissance et deux en salle de naissance. Dans ce dernier endroit, six étaient en hypothermie à la naissance.

La mortalité périnatale en maison de naissance est nulle.

2.2.5 Bilan de l'activité de la maison de naissance

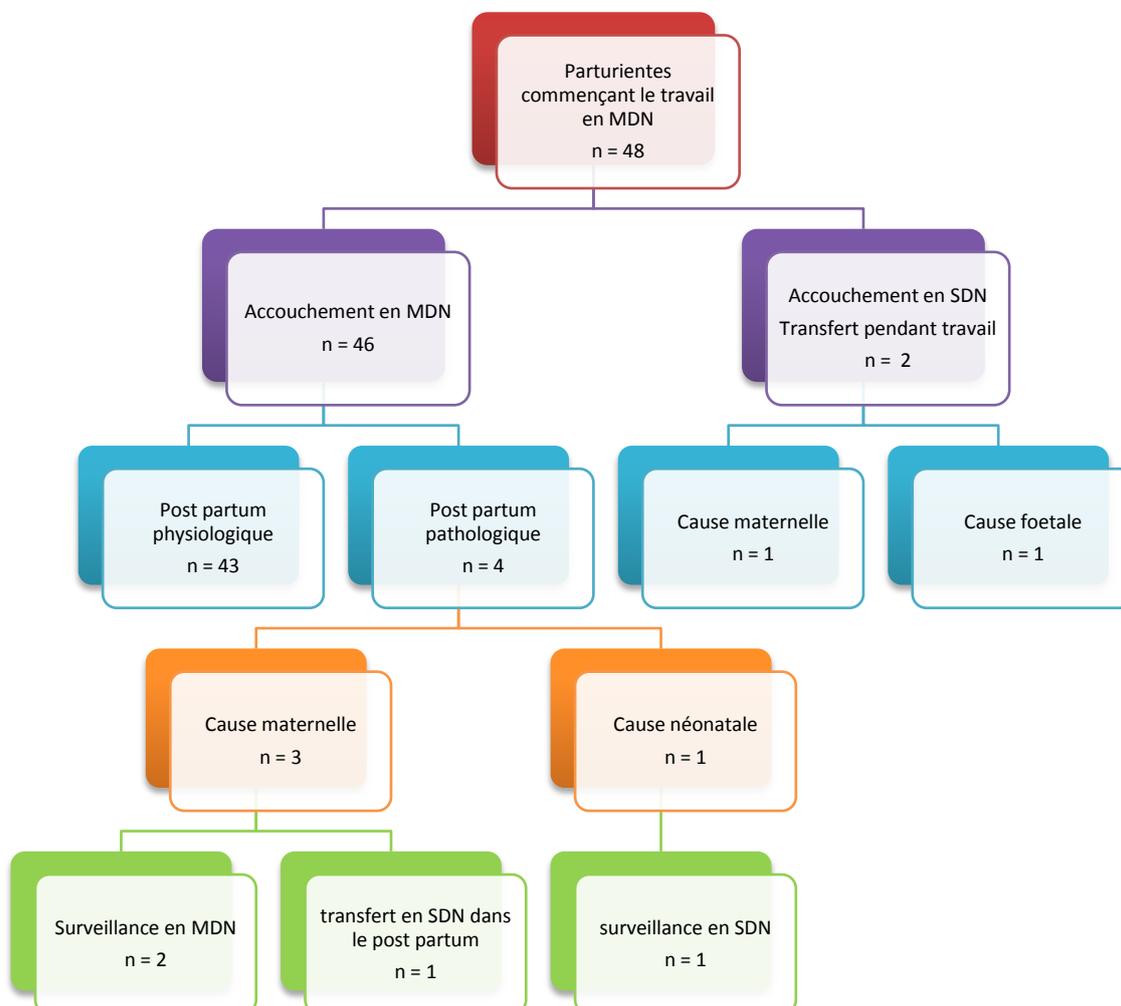


Figure 23 : Récapitulatif des transferts et issues des accouchements

Sur les 48 parturientes, 46 ont vu leur projet d'accouchement en maison de naissance se réaliser et deux patientes ont dû être transférées en salle de naissance pour travail pathologique. L'une pour anomalies du rythme cardiaque fœtal et l'autre pour un travail long et une présentation postérieure.



Sur les 46 personnes qui ont accouché en maison de naissance, quatre ont eu un post-partum pathologique :

- trois pour cause maternelle dont une qui a été transférée en salle de naissance. Il s'agissait d'hémorragies de la délivrance.
- Un pour cause néonatale qui a nécessité une surveillance simple en salle de naissance.



3 Discussion

3.1 Analyse des résultats

3.1.1 Profil des parturientes en maison de naissance

3.1.1.1 Caractéristiques générales

L'entrée en MDN répond à certains critères stricts permettant d'éviter de se retrouver face à des pathologies qui auraient pu être prévisibles.

La répartition dans la parité est assez homogène entre les deux groupes, du fait de l'appariement au moment du recrutement de la population, ce qui va nous permettre une meilleure appréciation de la comparaison. En effet, l'intervalle va de la primipare à la cinquième pare en MDN et de la primipare à la quatrième pare en SDN. Le peu de recrutement de primipare en MDN s'explique par le choix des sages-femmes de Pontoise, de recruter en priorité les multipares, celles-ci ayant déjà une expérience de l'accouchement avec d'avantage conscience de la douleur provoquée par les contractions utérines. Les primipares sont tout aussi capables d'accoucher en MDN mais les sages-femmes ont du prendre cette décision devant un nombre trop important de candidature par rapport au nombre de sages-femmes travaillant dans cette structure. Nous avons tout de même une primipare dans chaque population mais cela ne nous permettra pas de repérer s'il y a des différences de prévalence dans les issues maternelles entre primipares et multipares.

Les patientes sont significativement plus âgées en MDN avec une moyenne de 32 ans (contre 30 en SDN). Selon une étude de l'INSEE, l'âge moyen des parturientes, quel que soit le rang de naissance, est de 30 ans en 2010 en France [37]. Notre population est donc sensiblement similaire à la littérature nationale. Nous remarquons également, que 19% des personnes ayant accouché au bloc obstétrical

ont au maximum 25 ans et la plus jeune a 20 ans. Aucune n'a moins de 26 ans en MDN. Nous pourrions penser que cela est dû à la parité (plus de primipares en SDN, qui seraient donc plus jeunes). Mais cette hypothèse n'est pas valable étant donné l'appariement qui a été fait avec une primipare dans chaque groupe. Cette différence peut toutefois s'expliquer par le fait que les MDN qui sont ouvertes en France ne sont pas forcément connues de la population. Il est possible aussi que les femmes plus âgées (quelle que soit leur parité) aient plus l'envie de s'investir dans une grossesse et un accouchement qui leur seront vraiment propres et en adéquation avec leurs souhaits. Nous ne pouvons par contre pas faire de lien entre le jeune âge et le souhait d'une analgésie péridurale car elles sont cinq à l'avoir eue sur les neuf patientes concernées.

Il nous a semblé important de prendre en compte l'IMC des patientes dans les deux groupes (22,6 en moyenne en MDN et 22,8 en SDN). En effet, certaines sont dans la catégorie du surpoids et cela concerne 18,8% des patientes en MDN et 25% en SDN (cette différence n'est pas significative). Or cela peut être un facteur de risque de complications maternelles et obstétricales que ce soit pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum, telles que l'hémorragie du post-partum, l'hypertension maternelle, les extractions instrumentales [38]. Nos résultats indiquent que cet IMC élevé n'a pas eu de telles conséquences, mis à part une extraction instrumentale dans la population témoin.

Les patientes de la MDN ont plus souvent décidé d'allaiter leur enfant (90% contre 67% en SDN). Cette différence entre les deux lieux est significative. En 2010, l'enquête nationale périnatale comptabilisait 68,7% d'allaitement maternel [4]. Le taux en MDN est donc largement supérieur à celui retrouvé dans la littérature. Nous ne savons pas si toutes ces patientes avaient spontanément l'intention d'allaiter leur enfant ou si c'est suite à des discussions avec la sage-femme qu'elles ont décidé d'allaiter. De plus notre recueil de données ne nous a pas permis de mettre en évidence si la totalité de ces patientes a poursuivi son allaitement et pendant combien de temps. En MDN, le peau à peau et la tétée précoce sont pratiqués dès la naissance, ceci pour favoriser l'allaitement comme le conseille la Haute Autorité de la



Santé [39]. Les maternités n'en font pas toujours une priorité et favorisent souvent les soins techniques immédiats. Enfin, l'allaitement maternel est considéré pour beaucoup comme quelque chose de naturel, en rapport avec la fonction de mère. Cela peut expliquer cette différence dans le sens où c'est en accord avec le fait de vouloir une prise en charge naturelle avec moindre médicalisation. Et selon l'OMS, c'est le « *moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé* » [40]

3.1.1.2 Cas particuliers

Les femmes ayant un utérus cicatriciel éprouvé sont acceptées en MDN étant donné que la femme a déjà expérimenté un accouchement voie basse et que ce dernier s'est bien passé. Cette notion d'utérus éprouvé est essentielle dans l'éligibilité de la patiente. Un utérus cicatriciel représente un facteur de risque supplémentaire et aggravant pour la rupture utérine, ce qui augmente le risque de morbidité maternelle et périnatale. Cette situation concerne une de nos patientes de la MDN et deux du bloc obstétrical et aucune rupture utérine n'a eu lieu.

Les grossesses marquées par un diabète gestationnel équilibré sous régime sont également acceptées en MDN, avec l'accord du chef de service. En effet, sous réserve d'absence de retentissement fœtal, ces femmes peuvent mener leur grossesse jusqu'à terme, d'où la possibilité d'accouchement en MDN. Notre étude en compte trois en MDN et six en SDN.

En ce qui concerne les termes dépassés, les parturientes sont acceptées jusqu'à 41 SA et 4 jours. Elles sont surveillées par les sages-femmes de la MDN de façon identique à ce qui est prévu par le protocole de la maternité de Pontoise. Elles sortiront du circuit MDN à 41 SA et 5 jours si elles ne se sont pas mises en travail spontanément avant. Huit patientes ont accouché post-terme en MDN et cinq en SDN.

3.1.2 Issues maternelles en maison de naissance

3.1.2.1 Durée du travail

Le travail en MDN est deux fois plus long qu'en SDN (cinq heures contre deux heures trente) et cela est significatif. Nous avons considéré que le travail débute à l'entrée en MDN ou en SDN et qu'il se termine au moment de la naissance de l'enfant.

Paradoxalement, les parturientes arrivent significativement plus tard à la MDN que celles allant à l'hôpital. En effet, elles sont 46% à être arrivées à au moins cinq centimètres de dilatation contre 16% en SDN. Cet écart peut s'expliquer à la fois par le moindre usage de la rupture artificielle des membranes et l'absence d'utilisation de l'ocytocine pendant le travail. La sage-femme de la MDN n'a effectué une rupture artificielle des membranes que dans 27% des cas contre 35% en SDN. Ce taux est largement inférieur au taux moyen français qui est de 51% en 2010 [4]. Nous avons recensé en 2010, 58% de travaux dirigés. Or en MDN, cette pratique n'est pas utilisée. L'utilisation d'ocytocine pendant le travail impliquerait un transfert sur le plateau technique.

Aucune stagnation de la dilatation ou non engagement de la présentation n'a été recensé en MDN. Il en est de même en SDN. Cependant la sage-femme de la MDN n'applique pas le toucher vaginal horaire comme le fait celle de la SDN. Ces travaux dystociques ne sont donc pas objectivés de la même manière. Ainsi, en SDN, le diagnostic de stagnation de la dilatation est posé au bout de deux heures de non modification de la dilatation, comme le définit le CNGOF [41]. En MDN, le temps de réaction sur le statut de stagnation est au contraire moins rapide car la sage-femme se base sur la fréquence des contractions utérines. En cas de suspicion de stagnation de la dilatation, la dame est transférée sur le plateau technique. Un travail dirigé est alors tenté et si cela ne fonctionne pas, une césarienne en urgence pour stagnation de la dilatation est décidée. La gestion du non-engagement de la présentation s'organise sur le même principe.

Toutefois, le CNGOF affirme que la « *réalisation systématique d'une césarienne après deux heures de stagnation de la dilatation doit être reconsidérée, du fait d'une*



diminution des césariennes en cas d'expectative prolongée, sans augmentation significative de la morbidité maternelle » [41]. Nous pouvons donc dire que la sage-femme de la MDN ne va pas à l'encontre des recommandations du CNGOF qui lui permettent un temps de réaction plus long sans que cela ait des conséquences importantes pour la mère.

Cela a été le cas de madame F. qui a été transférée pour travail long et présentation postérieure. Le travail était effectivement dystocique du fait de l'orientation de la présentation.

3.1.2.2 Voie d'accouchement

Aucune patiente n'a été césarisée ni même n'a eu besoin d'une extraction instrumentale en MDN. Elles ont toutes accouché par voie basse spontanée avec une orientation de la présentation en occipito-pubien. La comparaison avec le bloc obstétrical (une extraction instrumentale sur une présentation postérieure) ne permet pas d'avoir une différence significative. Nos résultats vont tout de même dans le sens des études faites à l'étranger comme celle britannique montrant un nombre de voie basse spontanée augmenté dans les MDN [21]. En France, en 2010, 66,7% des accouchements étaient des voies basses spontanées, 12,1% des extractions instrumentales et 21% des césariennes. Cependant, ces derniers chiffres concernent toutes parités confondues. Or nous avons quasi-exclusivement des multipares dans notre étude et les primipares ont plus souvent des extractions instrumentales. Nous pouvons penser que les différences dans les voies d'accouchement sont dues à la mobilisation permanente possible en MDN notamment du fait de l'absence d'anesthésie. En effet, les patientes peuvent se positionner de façon adaptée à la situation d'engagement, de descente et de dégagement de la présentation. Aucune des femmes de la MDN ne s'est rétractée pour obtenir l'analgésie péridurale (28 l'ont eu en SDN). Au moment de la poussée, les dames sous anesthésie ne perçoivent pas forcément comment il faut pousser, bien souvent faute de ressenti sur la progression de la présentation foetale. Les durées d'expulsion sont alors moins importantes en MDN bien que ce ne soit pas significatif (sept minutes contre huit en SDN). Ces durées sont plutôt courtes étant donné que nous avons quasiment que

des multipares dans notre étude. Cette absence de ressenti peut engendrer des extractions instrumentales pour non progression de la présentation. De plus la présence permanente de la sage-femme en MDN, pendant le travail, réduirait le nombre d'extraction instrumentale selon le CNGOF [42] et une étude de 2012 sur le soutien continu pendant le travail [25].

3.1.2.3 Etat du périnée

Les différences entre les deux groupes ne sont pas significatives. En MDN, nous retrouvons 55% de périnées intacts, 45% de déchirures simples et aucune épisiotomie et en SDN, les taux sont respectivement de 43%, 49% et huit pour cent. Nous remarquons donc en MDN, une majorité de périnée intact, contrairement à la SDN où il y a le plus souvent des déchirures simples. Nos résultats sont confortés par l'étude britannique montrant une prévalence moindre de l'épisiotomie en MDN. Nous pourrions mettre en lien la survenue d'épisiotomie et un poids de naissance élevé. Cependant, les cas de la SDN concernaient des nouveau-nés eutrophes et le peu de cas d'épisiotomie ne nous permet pas de conclure sur cette hypothèse. Nous observons une proportion assez similaire de déchirures simples dans les deux populations. Le CNGOF constate que le soutien continu par un professionnel permet une prévalence moindre de l'épisiotomie mais pas des déchirures périnéales [43]. Ceci est en adéquation avec nos résultats. Dans ces mêmes recommandations, il est également dit que les positions verticales et latérales pendant la deuxième phase de travail étaient associées à moins d'épisiotomie sans diminuer pour autant les sutures périnéales. Ce sont évidemment des positions souvent prises par les futures mères de la MDN, la position en décubitus dorsal étant bien souvent mal supportée à cause de la douleur des contractions utérines. En 2010, en France, 14,3% des patientes avaient eu une épisiotomie mais ce chiffre englobe toutes les parités. Il y a donc un biais pour comparer avec les chiffres de notre étude car nous n'avons qu'une seule primipare dans chaque groupe. Les déchirures simples étaient de 41,8% ce qui est similaire à nos résultats et va dans le sens du CNGOF.



3.1.2.4 Délivrance

La différence de nombre de délivrances naturelles et dirigées entre le plateau technique et la MDN est largement significative. En effet, nous retrouvons 94% de délivrances naturelles et quatre pour cent de délivrances dirigées en MDN. Les taux sont inversés en SDN. En SDN, l'administration d'ocytociques en intraveineuse direct après le dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né est très fréquente car cela suit les recommandations de 2004, préconisant une délivrance dirigée systématique en prévention de l'hémorragie de la délivrance [44]. Ainsi, 65% des patientes avaient une délivrance dirigée en France en 2010. La sage-femme de la MDN privilégie cependant la délivrance naturelle, en dehors de tout antécédent obstétrical pouvant laisser supposer une hémorragie.

C'est le cas de madame C., qui avait un antécédent de saignements prolongés au précédent accouchement et qui a eu une délivrance dirigée en MDN.

Dans les deux groupes, un cas de rétention placentaire est retrouvé. Il n'y a donc pas de différence significative. En MDN, la sage-femme se laisse jusqu'à une heure pour que la délivrance naturelle ait lieu. Au bout de trente minutes d'expectative et en présence de saignements physiologiques, une attitude active est adoptée avec mise au sein du bébé, miction spontanée (ou sondage urinaire évacuateur) et administration d'homéopathie pour favoriser la délivrance. Au bout d'une heure, la patiente est transférée au bloc obstétrical, pour pouvoir réaliser une délivrance artificielle, sous anesthésie générale. La rétention placentaire augmente le risque d'hémorragie de la délivrance, le transfert est donc important dans ces cas-là. D'ailleurs, la patiente de MDN qui a fait une rétention placentaire, a également fait une hémorragie.

D'autre part, les autres patientes ont toutes eu des délivrances complètes qui n'ont pas nécessité de révision utérine. Nous constatons donc que la délivrance naturelle n'a pas engendré plus de délivrances incomplètes ou artificielles qu'en SDN.



3.1.2.5 Hémorragie du post-partum immédiat

Il y a eu deux cas supplémentaires d'hémorragie du post-partum par rapport au bloc obstétrical (trois en MDN et une en SDN). Cependant cette différence n'est pas significative. Nous avons donc essayé de voir si un lien significatif existait entre ces hémorragies et la prise en charge effectuée en MDN. Deux des hémorragies ont fait suite à une délivrance naturelle et la troisième suite à la rétention placentaire. Les résultats ne sont pas significatifs pour conclure sur le lien de causalité avec le type de délivrance.

Seul le cas de la rétention placentaire a nécessité un transfert. Les étiologies de l'hémorragie du post-partum pourraient être la rétention mais aussi un travail rapide (une heure).

Dans les deux autres cas, l'utérus était tonique. Pour l'une les saignements avaient lieu à la mobilisation du bassin et elle a reçu du syntocinon per os puis en perfusion intraveineuse ce qui a stabilisé la situation. Aucune étiologie n'a été retrouvée. Pour la deuxième, les saignements semblaient d'origine cervicale, et après administration de syntocinon per os et d'homéopathie pour le col, l'hémorragie s'est arrêtée. Elles n'ont pas été transférées car l'estimation finale des pertes sanguines a été faite alors que les saignements étaient arrêtés après utilisation de l'ocytocine. Mais dans l'absolu, toute patiente avec une estimation de plus de 500 ml de sang devrait être transférée sur le plateau technique. Il faut néanmoins préciser que l'expulsion ne se fait pas obligatoirement en position gynécologique, ce qui rend difficile l'utilisation du sac à sang. Parallèlement, les nouveau-nés dont les mères allaitent sont mis au sein précocement. Cela favorise la prévention de l'atonie utérine.

L'utilisation des ocytociques dans le post-partum immédiat est recommandée par la Haute Autorité de Santé [45] car elle permet une réduction des pertes sanguines de plus de 500 ml, avec la nécessité d'apporter des ocytociques supplémentaires dans un deuxième temps. Ce bénéfice a été évalué dans une étude comparative entre utilisation et absence d'utilisation d'ocytociques et elles sont 37,6% à en avoir reçu en France en 2010. Dans notre étude, elles sont 21%. Nous

ne connaissons par contre pas la prévalence de l'hémorragie de la délivrance en 2010 donc nous ne pouvons pas dire si la moindre administration d'ocytocique en MDN a engendré plus d'hémorragie. Les circonstances qui ont poussé à l'administration en MDN sont les suivantes :

- Hémorragie de la délivrance pour trois patientes ce qui représente un peu plus de six pour cent des patientes ayant eu une délivrance naturelle, et 30% des patientes ayant reçu des ocytociques, ce qui paraît important ;
- Saignements persistants pour trois patientes. Dans deux cas, cela peut être expliqué par une surdistension utérine (enfants aux 97^{ème} et 92^{ème} percentiles mais macrosomies non suspectées aux échographies). Pour le troisième cas, les saignements à l'expression étaient normaux mais pas à la mobilisation et aucune étiologie n'a été retrouvée ;
- Atonie utérine pour deux patientes ;
- Par précaution pour deux patientes. L'une d'elles était une cinquième paré avec un travail très rapide et un antécédent de caillots au précédent accouchement. Pour la dernière, l'administration a été motivée par une possible surdistension utérine avec un nouveau-né supérieur au 97^{ème} percentile.

A part pour les trois patientes qui ont eu une hémorragie, les suites ont été simples.

3.1.2.6 Autres situations pathologiques maternelles

Aucune situation de rupture utérine, de procidence de cordon ou autres pathologies maternelles n'ont été recensées.

La taille de notre échantillon n'est pas adaptée en ce qui concerne des pathologies dont la prévalence n'est pas fréquente.

Pour tous ces indicateurs, la prise en charge proposée en MDN ne semble pas augmenter la prévalence des complications maternelles. Mis à part en ce qui concerne les hémorragies de la délivrance, où la prévalence est plus importante mais pas de façon significative. Mais nous ne pouvons réellement conclure car notre étude

n'a pas assez de puissance. Il serait bon de faire une étude en France à plus grande échelle pour confirmer nos résultats, mais cela peut se révéler difficile vu qu'il y a très peu de MDN.

3.1.2.7 Prévention du risque infectieux materno-fœtal

La sage-femme de la MDN doit bien sûr prendre en compte le risque infectieux dans sa prise en charge, à la fois sur le plan maternel, mais aussi fœtal / néonatal.

Un nouveau-né était en hyperthermie en MDN (trois en SDN) mais elle était en peau à peau sur sa mère et surcouverte. Le contrôle effectué par la suite a montré que l'enfant était apyrétique.

En MDN, le taux de prélèvements périphériques néonataux est significativement moins important qu'en SDN. Cette différence s'explique par deux raisons principales. La première concerne les prélèvements dépendants du protocole streptocoque B défini par l'hôpital de Pontoise. Cela représente huit cas de la MDN et 14 cas de la SDN (dont sept qui n'avaient pas de résultats quant au portage du germe). La deuxième raison est en lien avec les ruptures prolongées qui sont de cinq en SDN et de une en MDN. Ensuite, les prélèvements motivés par un liquide teinté ou méconial, une hyperthermie à la naissance, une détresse respiratoire sont semblables dans les deux populations. Aucun nouveau-né des deux groupes n'a eu d'infection, les mères non plus.

Deux éléments de la prise en charge réalisée en MDN sont en faveur de la prévention et de la limitation du risque infectieux : la durée de l'ouverture de l'œuf et le nombre de touchers vaginaux pendant le travail. Plus la rupture est longue, plus le risque d'infection materno-fœtale est importante. Or en MDN, la durée de rupture est moindre. Les touchers vaginaux font partie de l'examen clinique de base mais restent un geste invasif qui peut favoriser la survenue de germes au niveau vaginal et donc d'infections. Ainsi la différence entre le nombre moyen de toucher vaginaux en MDN (deux et demi) et en SDN (quatre) est significative et le temps entre deux touchers vaginaux l'est aussi (141 minutes contre 33 minutes).

3.1.3 Issues néonatales en maison de naissance

3.1.3.1 Anomalies du rythme cardiaque fœtal

Il ressort de notre étude, qu'il y a eu 15% de travaux marqués par des anomalies du rythme cardiaque fœtal contre 27% en SDN. Cette différence n'est pas significative. Cependant, une étude menée par la Cochrane en 2012 [22] allait aussi dans ce sens. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en MDN se fait de manière discontinue. A l'arrivée en MDN, il est de trente minutes. Si tout est normal, il sera répété toutes les heures ou heures et demie à moins que la sage-femme note un changement radical dans l'attitude de la mère, notamment en fonction de la dynamique utérine, ou de la perte des eaux. Il est alors de dix minutes. Il est aussi reproduit au moment de l'expulsion. A tout moment, lorsque des anomalies du rythme sont observées, l'enregistrement est bien évidemment poursuivi. Ainsi sur les sept cas relevés en MDN, une seule patiente a été transférée devant des ralentissements variables à sept centimètres de dilatation sur une présentation postérieure. Les autres cas de ralentissements se sont résolus spontanément ou suite à une mobilisation.

En SDN, la parturiente est placée systématiquement sous monitoring pendant toute la durée du travail et de l'expulsion. D'où la différence significative du temps d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal qui est de 52 minutes en MDN et 151 minutes en SDN. Dans les recommandations nationales du CNGOF [46], l'enregistrement cardiaque fœtal discontinu est possible sous certaines conditions qui sont : une patiente à bas risque et la présence d'une sage-femme par parturiente. Par contre, l'enregistrement de minimum 20 minutes en début de travail et celui de l'expulsion sont obligatoires. Ces conditions sont donc remplies dans les MDN, ce qui justifie cette pratique. Le rythme cardiaque fœtal est le principal indicateur d'asphyxie fœtale mais n'est pas le seul. La sage-femme peut aussi se baser sur la couleur du liquide amniotique. D'autre part, elle se sert d'indicateurs à postériori, comme l'évaluation de l'adaptation à la vie extra-utérine, la survenue de détresse respiratoire et de réanimation néonatale. Par contre, le pH et les lactates ne sont pas faits en MDN.

3.1.3.2 Aspect du liquide amniotique

Le liquide amniotique est dans la majorité des cas resté clair pendant tout le travail (92% en MDN et 85% en SDN) et il n'y a eu aucun liquide amniotique méconial en MDN contre 3 au bloc obstétrical. Quel que soit l'aspect du liquide, les différences de prévalence ne sont pas significatives.

3.1.3.3 Etat néonatal à la naissance

L'adaptation à la vie extra-utérine est un argument important à prendre en compte pour évaluer une prise en charge.

Tous les nouveau-nés de la MDN ont des scores d'Apgar supérieurs ou égaux à 9 à une et à cinq minutes de vie. Il est de 10 pour tous à dix minutes de vie. La différence avec les Apgar de la SDN n'est pas significative car similaire. L'étude de la Cochrane avait observé des résultats identiques et même significativement moins de nouveau-né avec un Apgar inférieur à 7 à une minute de vie. L'enquête nationale périnatale comptait 7,1% des nouveau-nés avec un Apgar inférieur à 8 à une minute en 2010. Donc les taux de la MDN sont plutôt rassurants quant à l'adaptation à la vie extra-utérine.

L'aspiration à la naissance n'est évidemment pas systématique en MDN. Elle est faite lorsque la sage-femme en a évalué le besoin c'est-à-dire lorsque le nouveau-né semble gêné ou lorsqu'un prélèvement du liquide gastrique est nécessaire.

Une détresse respiratoire a été recensée en MDN tout comme en SDN. En MDN, il s'agit d'un nouveau-né d'Apgar 9/9/10 qui a inhalé du liquide clair. L'enfant a été aspiré ce qui a permis une bonne récupération néonatale. Mais un léger tirage persistant pendant trente minutes suivant la naissance, a motivé une surveillance en SDN. La saturation en oxygène est restée normale. Le pédiatre n'a pas été prévenu car l'état de l'enfant ne le nécessitait pas. Il ne s'agit donc pas d'un transfert.

Aucune réanimation en MDN (contre une en SDN), ni transfert en réanimation néonatale, n'ont été nécessaires.

3.1.3.4 Poids de naissance

La moyenne de poids est de 3513 grammes en MDN et de 3350 grammes en SDN. Ces moyennes sont similaires et se rapprochent de la moyenne nationale en 2010 qui était de 3254 +/- 567 grammes. Les nouveau-nés sont pour 94% eutrophes en MDN contre 85% sur le plateau technique. Deux sont macrosomes et un est hypotrophe (contre respectivement un et six en SDN), sans que cela ait été suspecté au cours des échographies ou par la mesure de la hauteur utérine. Les différences avec la SDN ne sont pas significatives. Nous voyons donc que le suivi en MDN n'a à priori pas d'incidence sur les poids néonataux.

3.1.3.5 Suivi particulier

Les enfants de mère diabétique ont eu un suivi glycémique par dextro dès la première heure de vie, selon le protocole en vigueur à l'hôpital de Pontoise. Nous ne notons aucune hypoglycémie néonatale en MDN ni en SDN.

En MDN, le taux de prématurité est exclu d'emblée du fait des critères d'éligibilité. Dans notre étude, la morbidité concerne les trois nouveau-nés qui ne sont pas eutrophes. Il y a des risques notamment d'hypoglycémie néonatale. Il n'y a pas de différence significative entre les deux structures. Tout comme pour les issues maternelles, nous ne pouvons pas vraiment conclure, faute de puissance de l'étude et de résultats significatifs. Cependant, les résultats semblent ne pas aller vers une augmentation des risques néonataux, tout comme le montre d'autres études internationales.

3.1.4 Les transferts

Sur les 48 parturientes de la MDN, il y a eu trois transferts soit 6% des patientes. Deux ont eu lieu pendant le travail et le dernier en post-partum immédiat pour une hémorragie de la délivrance. Nous rappelons que le nouveau-né descendu en SDN pour inhalation de liquide clair n'était pas considéré comme un transfert.



3.1.4.1 Description des trois transferts

Madame F., II^{ème} pare à 40 SA et 2 jours, a été transférée pour présentation postérieure et travail long (neuf heures). Elle est descendue en marchant au bloc obstétrical, ce qui a eu comme résultat la rotation de la présentation en antérieure. Elle a accouchée dix minutes plus tard par voie basse spontanée, périnée intact avec une délivrance naturelle et complète. Est né un enfant en bonne santé d'Apgar 9/10/10, 3630 grammes. Le post-partum immédiat fut physiologique.

Madame L., II^{ème} pare à 38 SA et 5 jours, a été transférée à 7 centimètres de dilatation pour rythme cardiaque suspect et présentation postérieure. Un cathlon lui a alors été posé, et l'équipe de garde prévenue. Au terme de 3h30 de travail, madame L. a accouchée par voie basse spontanée en occipito-pubien (rotation partie basse) sans analgésie péridurale. La sage-femme a fait une épisiotomie. La délivrance s'est effectuée naturellement et était complète. Est né un enfant en bonne santé d'Apgar 10/10/10, 3240 grammes. Le post-partum fut physiologique.

Madame B., II^{ème} pare, ayant un diabète gestationnel équilibré sous régime et comme antécédent une délivrance artificielle au précédent accouchement, a accouché à 41 SA et 4 jours, après une heure de travail par voie basse spontanée. Il y a eu une déchirure simple. Est né un enfant en bonne santé de 3800 grammes. Elle a été transférée sur le plateau technique pour rétention placentaire. Une délivrance artificielle et une révision utérine ont été faites sous anesthésie, ainsi qu'une réfection de la déchirure simple et des deux petites lèvres. A suivi une hémorragie de la délivrance avec une estimation des pertes sanguines à 1000 ml. Elle a été placée sous syntocinon et Nalador® (deux ampoules) et la situation s'est ensuite stabilisée.

3.1.4.2 Analyse des transferts

Les sages-femmes de la MDN gèrent cette structure de façon autonome grâce à leurs compétences mais peuvent et doivent demander l'avis du chef de garde lorsqu'elles se retrouvent devant une situation qui peut être pathologique.

Les modalités de transfert ne sont pas inscrites sur les dossiers obstétricaux. Cependant ils se font selon l'état maternel, à pieds, sur un fauteuil roulant ou sur un brancard. N'étant pas au même étage, le bloc obstétrical est accessible directement par ascenseur. D'après les sages-femmes travaillant à la MDN de Pontoise, les transferts mettent en général sept minutes. Elles peuvent d'ailleurs se faire aider par le personnel de la SDN, si l'activité au bloc obstétrical le permet. Dans les trois cas, les transferts n'ont pas semblé gêner l'organisation du bloc obstétrical. Il serait cependant intéressant d'analyser les modalités de transferts.

Dans le premier cas, le transfert était bénin. Effectivement, la naissance a eu lieu quelques minutes après le transfert, sûrement grâce à la rotation spontanée de la présentation fœtale. Ce transfert aurait peut-être pu être évité mais devant une suspicion de stagnation, il s'impose car le travail devient dystocique. Le travail long semble fortement dû à la présentation postérieure, qui ne remet pas en cause la prise en charge effectuée par la sage-femme. Effectivement, la patiente avait une bonne dynamique utérine et la présentation postérieure peut provoquer des dystocies du travail. En marchant jusqu'au bloc obstétrical, la patiente s'est mobilisée différemment ce qui a permis la rotation de la tête fœtale et ainsi l'accouchement. Rien de plus n'a été fait en SDN.

Dans le cas de madame L., la sage-femme était devant des anomalies du rythme cardiaque fœtal, situation qui peut conduire à une acidose métabolique, une défaillance multi-viscérale et au pire au décès fœtal ou néonatal. De plus, la présentation était postérieure et dans ce cas, le travail peut être plus long. De ce fait, un transfert était nécessaire pour surveiller le rythme cardiaque fœtal. Le bloc obstétrical de Pontoise offre en plus la possibilité de réaliser des lactates au scalp. Enfin, si une césarienne en urgence pour anomalie du rythme s'imposait, le temps de réaction aurait été moins long. Finalement la patiente a pu accoucher voie basse et le nouveau-né allait très bien à la naissance avec une bonne adaptation extra-utérine. L'apparition des ralentissements aurait pu se faire à n'importe quel moment et quel que soit le service où aurait été pris en charge la patiente. En outre, il n'y



avait pas de signe d'appel. Le suivi effectué ne semble donc pas remis en cause ou être responsable des anomalies.

En ce qui concerne madame B., le transfert était inévitable devant une rétention placentaire, situation pathologique pouvant favoriser une hémorragie du post-partum immédiat comme cela a été le cas. De plus, cette patiente n'était pas sous analgésie péridurale. Une anesthésie générale était donc requise pour faire la délivrance artificielle. Un élément important semble toutefois n'avoir pas été pris en compte. En effet, cette dame a comme antécédent une délivrance artificielle avec révision utérine pour rétention placentaire. Or devant un tel antécédent, la sage-femme de la MDN met en général un cathéter obturé en début de travail et fait une délivrance dirigée pour tenter de prévenir cette complication, ce qui n'a pas été fait. Le travail a été très rapide (une heure) et elle n'a pas pu accoucher en MDN faute de temps pour monter à l'étage, mais dans une chambre de pré-travail qui se trouve près des urgences obstétricales. Dans l'agitation, la sage-femme n'a pas eu le temps de prévoir la délivrance dirigée. Deux étiologies peuvent expliquer la survenue de l'hémorragie de la délivrance qui sont le travail très rapide et la rétention placentaire. Même si elle avait bénéficié d'une délivrance dirigée, rien ne laisse supposer que cela aurait évité la rétention placentaire (les ocytociques avant délivrance avaient été fait pour l'autre grossesse), ni même l'hémorragie de la délivrance.

Les deux premiers transferts n'étaient pas prévisibles ce qui implique une sélection judicieuse des patientes. Par contre, étant donné l'antécédent de la troisième patiente transférée, son intégration au suivi au sein de la maison de naissance a été soumis à l'accord du chef d'obstétrique de l'hôpital et a été acceptée.

Une étude allemande [24] avait mis en avant les trois causes principales de transfert qui étaient dans l'ordre décroissant la rupture prolongée, le travail dystocique et les anomalies du rythme cardiaque fœtal. La première cause de transfert n'a pas pu être analysée dans notre étude car ces patientes ne faisaient pas partie de nos critères d'inclusion. Cependant les deux autres causes sont retrouvées dans les cas de notre étude.



Les sages-femmes ont comme compétences le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, dès lors que ceux-ci restent dans la physiologie. Elles ont aussi acquis, au cours de leurs études, la capacité à détecter les situations pathologiques à tout moment de la grossesse et en périnatal. Dans le cadre des MDN, cet apprentissage leur permet d'exercer de façon autonome. De plus, la position de la MDN dans le même bâtiment (malgré des étages différents) assure une prise en charge des transferts dans les meilleurs délais.

Les études s'accordent presque toutes à dire que les accouchements en dehors de toute structure hospitalière sont sujets à un nombre moins important d'interventions pendant le travail et l'accouchement, que cela soit du côté maternel ou néonatal. C'est ce que nous avons pu prouver dans notre étude. En ce qui concerne les issues materno-fœtales, notre étude semble aller dans le même sens que la littérature mais nous ne pouvons tout de même pas conclure faute de puissance. Cependant, le bilan annuel de ces trois dernières années de la MDN de Pontoise (Annexe V) va également dans ce sens : aucune femme transférée pendant le travail n'a eu de césarienne par la suite et en 2012 et 2013, il y a eu trois anomalies de la délivrance, soit un pour cent des patientes prises en charge. Au niveau néonatal, ce bilan est également rassurant. Grâce aux compétences des sages-femmes, la MDN favorise la physiologie mais tient tout de même compte des situations qui pourraient induire de la pathologie et peut donc parfois avoir recours à la médicalisation.

3.2 Validité interne

L'objectif de cette étude est d'établir les issues maternelles et néonatales au terme d'un suivi et d'un accouchement en MDN. Mais aussi de démontrer que la prise en charge dans cette structure reste adaptée et n'implique pas plus de complications que dans un système de soins hospitalier. Les MDN sont des structures n'existant pas encore légalement en France mais dont l'expérimentation

devrait bientôt voir le jour. Certaines structures fonctionnent tout de même comme des MDN. Il faut donc établir une comparaison entre les résultats de ces MDN et les résultats du bloc obstétrical. C'est pourquoi nous avons fait une étude comparative entre la SDN et la MDN de Pontoise.

3.3 Points forts de l'étude

L'étude de la population « cas » a pu se faire dans une structure qui agit comme les MDN. La comparaison des deux prises en charge est donc réellement possible et significative. Il en est donc de même pour les issues materno-fœtales.

Il nous semblait important de comparer sur un même lieu car des protocoles de prise en charge y sont communs comme pour la prévention du risque infectieux au streptocoque B.

3.4 Limites de l'étude

La MDN de Pontoise reçoit plus de demandes qu'elle ne peut en accepter, du fait du nombre restreint de sages-femmes employées dans ce service. Celles-ci ont donc décidé de privilégier les multipares, qui ont déjà vécu un accouchement et qui connaissent la douleur ressentie par les contractions, contrairement aux primipares. Notre population d'étude est donc représentative de la population de la MDN de Pontoise mais pas de la population générale éligible dans toutes les MDN.

Il s'agit d'une étude à très petite échelle ce qui ne permet pas d'avoir de résultats significatifs sur les issues maternelles et néonatales, par manque de puissance. L'étude mériterait d'être élargie sur la durée pour recruter plus de patientes ; mais aussi sur les différentes structures comparables aux MDN existant en France ou qui vont s'ouvrir grâce à l'expérimentation, pour avoir une population la plus représentative possible de celle éligible.



Le caractère rétrospectif cas-témoin de l'étude représente également une limite. Il existe en effet des biais d'information avec un certain nombre de données manquantes.



Conclusion

La maison de naissance de Pontoise fonctionne depuis sept ans en acceptant une centaine de couples par an, désirant entrer dans ce circuit réservé aux grossesses à bas risque. Mais depuis quatre ans, elle se voit dans l'obligation de refuser environ 150 femmes par an faute de place et de moyens. Cela prouve que les maisons de naissance répondent à un véritable besoin des usagers qui souhaitent un accompagnement global de la grossesse avec la même sage-femme, une moindre médicalisation et la non systématisation des actes. C'est ce que nous confirme cette étude qui montre une prise en charge très différente du bloc obstétrical avec une intervention moindre de la sage-femme en gestes techniques. Sa présence continue pendant le travail est un atout majeur. En accord avec les études faites à l'étranger, les résultats de ce travail ne montrent pas plus de complications maternelles ni néonatales mais ils mériteraient d'être réévalués à plus grande échelle. Cela sera sans doute permis par l'expérimentation des maisons de naissance qui devrait débuter en 2015 sur le territoire français, pendant une période de cinq ans. D'autre part, notre étude met en avant les compétences des sages-femmes concernant la physiologie et la détection de la pathologie. Leur place dans ces maisons de naissance est tout à fait justifiée, du fait de l'obligation d'éligibilité des patientes.

D'autres axes de recherche pourraient venir compléter notre travail. Un premier consisterait à déterminer quel type de population souhaite un suivi et un accouchement physiologique en maison de naissance, s'il y a des caractéristiques communes à ces patientes. Cela permettrait une information ciblée. Il serait aussi intéressant de recueillir le niveau de satisfaction des couples pour un suivi en maison de naissance et le comparer à celui en maternité. Un deuxième axe serait d'évaluer le financement des maisons de naissance et le coût à la sécurité Sociale pour un suivi dans une telle structure du début de la grossesse aux suites de couches à domicile comprises.



Bibliographie

- [1] INSEE. Evolution des naissances, de la natalité et de la part des naissances hors mariage. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02231 (8 août 2013)
- [2] Institut National de Veille Sanitaire. *Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006*. Janvier 2010. 102 p
- [3] Sécurité sociale. *Chapitre VI - Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*. Cour des comptes, septembre 2011. 25 p
- [4] Blondel B., Kermarrec M. *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, Inserm, mai 2011. 132 p
- [5] Marton Coralie. *Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global... pourquoi pas ?*, 87 p, Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Université Henry Poincaré Nancy I, 2009
- [6] Comme à la Maison, Association pour la maison de naissance des Bluets, Dossier de presse, disponible sur le site <http://mdncalm.org/> (5 juin 2013)
- [7] Albert Aline. *Une alternative à la naissance en centre hospitalier : les Maisons de Naissance. Des structures attendues en France. Regard sur leur implantation dans les pays francophones : Québec, Belgique, Suisse*, 159 p, mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Université Henry Poincaré Nancy I, 2011
- [8] HAS. *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*. Recommandations de bonne pratique, décembre 2009. 50 p



[9] HAS. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Recommandations professionnelles, mai 2007. 147 p

[10] Schoennagel Perrine. *Mise au point sur les accouchements des grossesses dites à bas risque obstétrical hors structures hospitalières : quelle sécurité pour ces accouchements ?*, 81 p, Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Université de Strasbourg, 2013

[11] ICM, WHO, FIGO. *The international definition of midwife*, 2005. Disponible sur le site <http://www.internationalmidwives.org/> (8 août 2013)

[12] Code de la santé publique. *Article L.4151-1*. Titre V : Profession de sage-femme, chapitre 1er : condition d'exercice. Juillet 2011. Disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (8 août 2013)

[13] Code de la santé publique. *Loi n° 2004-806 du 9 aout 2004 relative à la politique de santé publique*. Février 2014. Disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (8 août 2013)

[14] Code de la santé publique. *Article L.4151-3*. Titre V : Profession de sage-femme, chapitre 1er : condition d'exercice. Août 2014. Disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr (9 août 2013)

[15] ACOG. *ACOG Statement on Home Births*. 6 février 2008. Disponible sur le site <http://www.medscape.com/viewarticle/725383> (5 juin 2013)

[16] Gouvernement du Québec : *Politique de Périnatalité 2008-201, un projet porteur de vie*. 2008. p.29

[17] Association cœur de famille. *Les maisons de naissance : Expériences étrangères*. <http://www.coeurdefamille.org/Lieu%20de%20Naissance/etranger.htm> (21 juin 2013)

[18] Dini M. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*. Sénat

n°368 session ordinaire de 2012-2013, 20 février 2013. Disponible sur le site <http://www.senat.fr/rap/l12-368/l12-368.html> (21 juin 2013)

[19] Rutledge Stapleton S. *Outcomes of care in Birth centers : demonstration of a durable modes*. Journal of Midwifery & Women's Health, janvier 2013. 12 p

[20] Overgaard C. *Freestanding midwifery unit versus obstetric unit : a matched cohort study of outcomes in low-risk women*. British Medical Journal, août 2013. 13 p

[21] Blockehurst P. *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies : the birthplace in England national prospective cohort study*. British Medical Journal, novembre 2011. 13 p

[22] Hodnett ED et al. *Alternative versus conventional institutional settings for birth*. The Cochrane Library, août 2012.

[23] Ryan MPH et al. *A retrospective cohort study comparing the clinical outcomes of a birth centre and labour ward in the same hospital*. Australian Midwifery Journal, 2005. 5 p

[24] David M. et al. *Intrapartum transfer from a birth centre to a hospital – reasons, procedures, and consequences*. Acta Obstetrica et Gynecologica, 2006. 7 p

[25] Hodnett ED et al. *Continuous support for women during childbirth (Review)*. The Cochrane Library, 2012. 117 p

[26] Sandall J. et al. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)*. The Cochrane Library, 2013. 105 p

[27] *Plan Périnatalité 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité*. novembre 2004. 44 p

[28] La sécurité sociale. *Chapitre VI - Le rôle de la sage-femme dans le système de soins*. Cour des comptes, septembre 2011. 25 p

[29] Assemblée Nationale. *Proposition de loi adoptée par le Sénat autorisant les maisons de naissance*. n° 1157, enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 13 juin 2013. Disponible sur le site <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion1157.asp> (21 juin 2013)

[30] Sécurité sociale. *Chapitre VIII - Les restructurations hospitalières*. Cour des comptes, Rapport annuel public, 2008. 36 p

[31] Truong-Canh M. *L'expérimentation des maisons de naissance censurée par le conseil constitutionnel*. Contact Sages-femmes, 2011

[32] Truong Canh B. *Les sages-femmes américaines et les MDN aux USA*. Contact sage-femme, janvier 2009, n°18:24

[33] Collet M. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Etudes et résultats, DREES, n° 660, septembre 2008. 6 p

[34] CIANE. *Respect des souhaits et vécu de l'accouchement* », *Enquête sur les accouchements*. Dossier n°3, août 2012. 18 p

[35] Puech F. *Maisons de naissance. Le CNGOF et l'avant Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2011*. 19 octobre 2010. Disponible sur le site http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/101019_maisons_de_naissance.pdf (9 août 2013)

[36] *Le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique »*. *Position du Collège national de Gynécologues et Obstétriciens Français*. 2012. Disponible sur le site <http://cnsf.asso.fr/doc/AC32C08E-5056-9C00-41C72FFE81010D19.pdf> (8 août 2013)

[37] Davie E. *Un premier enfant à 28 ans*. INSEE, octobre 2012. N°1419, disponible sur le site http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419 (20 février 2014)

[38] Marpeau L. et al. *Conséquences obstétricales de l'obésité maternelle*. Extrait des mises à jour en gynécologie et Obstétrique, décembre 2007 ; Tome XXXI-2007 (19 février 2014)

[39] HAS. *Favoriser l'allaitement maternel : Processus – Evaluation*. Juin 2006 (19 février 2014)

[40] OMS. Promouvoir une alimentation appropriée pour les nourrissons et les jeunes enfants. Disponible sur le site <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/fr/> (19 février 2014)

[41] Frydman R. et al. *Césarienne : conséquences et indications*. Recommandations pour la pratique clinique, CNGOF, 2000. Disponible sur le site http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM (19 février 2014)

[42] Oury J.-F. et al. *Extractions instrumentales*. Recommandations pour la pratique clinique, CNGOF, 2008. Disponible sur le site http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_21.HTM (19 février 2014)

[43] Jacquetin B. et al. *L'épisiotomie*. Recommandations pour la pratique clinique, CNGOF, 2005. Disponible sur le site http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM (19 février 2014)

[44] Westhoff G et al. *Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage (Review)*. The Cochrane collaboration, 2013 (19 février 2014)

[45] HAS. *Hémorragies du post-partum immédiat*. Recommandations pour la pratique clinique. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, novembre 2004, volume 33 (19 février 2014)

[46] Schaal J.-P. *Modalités de surveillance fœtale pendant le travail*. Recommandations pour la pratique clinique, CNGOF, décembre 2007 (19 février 2014)



Annexes

Annexe I : Loi sur l'expérimentation des maisons de naissance en France

Article 1

À titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique. Ces autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans.

La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant notamment un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure.

Article 2

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il est dérogé aux articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1 du code de la santé publique.

Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 du même code et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du même code.

Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce même code.

Par dérogation à l'article L. 162-22-13 dudit code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge en tout ou partie par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.



Article 3

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental.

La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévus à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

Article 4

Un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance, le Gouvernement adresse au Parlement une évaluation de l'expérimentation.

Article 5

Les conditions de l'expérimentation, et notamment les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels et les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'État.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 6 décembre 2013



Annexe II : Définition des établissements de santé - Code de la santé publique

Article L6111-1

- Modifié par [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 \(V\)](#)
- Modifié par [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 \(V\)](#)
- Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 \(V\)](#)

Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

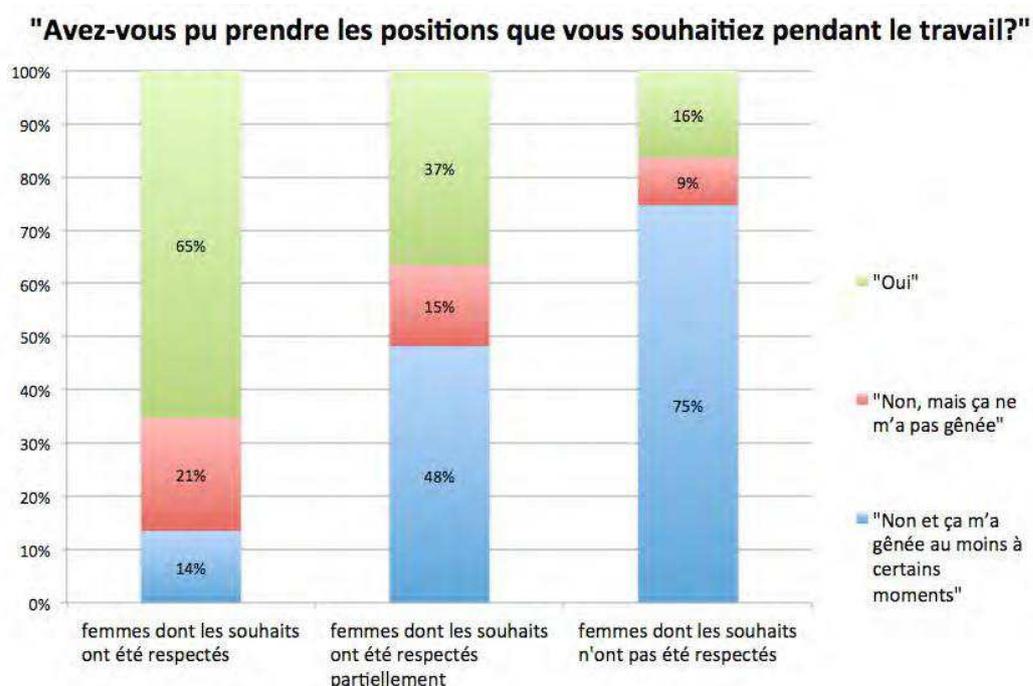
Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Annexe III : Etude CIANE « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement »

Tableau 1 : Proportion de femmes qui auraient voulu échanger davantage avec le professionnel ayant suivi l'accouchement.

	Souhaits respectés dans la mesure du possible	Souhaits respectés partiellement	Souhaits non respectés	Pas de demandes ou de souhaits
Aurait souhaité échanger davantage avec le professionnel ayant accompagné l'accouchement	44%	66%	71%	55%

Graphe 1 :



P < 0,001



Graphe 2 :

	Femmes dont les souhaits ont été satisfaits	Femmes qui n'ont pas exprimés de souhaits
Ont très bien vécu physiquement leur accouchement	60%	39%
Ont très bien vécu psychologiquement leur accouchement	63%	40%
Ont eu tout à fait le soutien qu'elles souhaitaient du personnel médical	69%	38%
Ont été gênées par une position imposée	14%	36%
Ont été gênée par l'absence de mobilité	16%	37%
Auraient souhaité échanger davantage avec les professionnels en charge de l'accouchement	44%	55%

Annexe IV : Grille de recueil de l'étude

Profil de la patiente	Âge
	IMC
	Gestité
	Parité
	Antécédents particuliers
Echographie du 3ème trimestre	Estimation du poids, présentation, quantité de liquide, position placentaire
Evènements pendant la grossesse	
Décision de départ de la maternité	Terme
	Mise en travail spontanée
Déroulement du travail	Couleur du liquide amniotique
	Rupture spontanée ou artificielle
	Nombre de touchers vaginaux
	Temps de monitoring
	anomalies de la dynamique utérine
	anomalies du rythme cardiaque fœtal
	Mobilisation
	Hyperthermie maternelle
	Thérapeutique
	Travail dirigé
	APD
	EVA
Motifs de transfert pendant le travail	stagnation de la dilatation
	Non engagement
	Rupture utérine
	ARCF
	Présentation dystocique
Autre	
Accouchement	Durée du travail
	Durée d'ouverture de l'œuf
	Durée des efforts expulsifs
	Orientation de la présentation
	voie d'accouchement
	Mode de délivrance
	Etat du périnée
	Révision utérine
	Hémorragie de la délivrance
Estimation des pertes sanguines	
Post-partum immédiat	physiologique
Nouveau-né	Apgar M1/M5/M10



	Poids
	Température
	inhalation méconiale
	Gestes de réanimation
	Détresse respiratoire
	Type d'allaitement
	PNN
Transferts post partum	transfert réa bébé
	transfert maternel
Transferts post partum	Modalités

Annexe V : Indicateurs d'activité en unité sage-femme

		2011	2012	2013	
Nombre de suivis		94	94	94	
Refus par manque de place		150	150	150	
Parité	I	15	6	1	
	II	48	51	46	
	III	18	27	32	
	IV	10	4	11	
	V ou > V	3	6	4	
Transferts	Total	14	16	17	
	Pré-partum	11	8	11	
	Per-partum	3	5	3	
	Post-partum		3	3	
Accouchements autre lieu *		4	2	2	
Motifs des transferts per-partum **	Demande d'APD		0	0	0
	ARCF		0	0	1
	Stagnation de la dilatation / dystocie de démarrage		2	2	3
	Extraction instrumentale		1	3	0
	Anomalie de la délivrance ***	HDD	0	1	
		Autre	0	2	3
	Pathologie néonatale		0	0	0
Autre				1 T21 diagnostiqué pdt la G	
Issue de l'accouchement ****	Voie basse spontanée		82	82	83
	Voie basse instrumentale	Ventouse	0	2	0
		Forceps	0	2	0
	Césarienne		0	0	0
Adaptation à la vie extra-utérine *****	Apgar <7 à M1		0	0	0
	Apgar <7 à M5		0	0	0
	Apgar <7 à M10		0	0	0
Etat périnéal *****	Déchirure 1er degré		18	19	20
	Déchirure 2ème degré		0	0	0
	Déchirure 3ème degré		1	0	0
	Episiotomie		5	3	1

* accouchements inopinés, à domicile ou sur le trajet ou vers une maternité plus proche...

** pendant le travail, l'accouchement ou le post-partum immédiat

***ex : DA et/ou RU; HDD

**** attention ! = issue de l'accouchement des parturientes qui débutent leur travail au sein de l'unité sage-femme (exclusion des transferts pré-partum)

***** pour les femmes ayant accouché dans l'unité sage-femme et les enfants nés au sein de l'unité sage-femme (exclusion des transferts per-partum)