

Évaluation des Maisons de Naissance

SYNTHÈSE DU RAPPORT D'ÉTUDE SUR LA QUALITÉ DES SOINS PRODIGUÉS EN MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE (NOV. 2019)

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Testées en France les maisons de naissance permettent un accouchement sans hospitalisation, « dans le respect de la physiologie ». Une première étude, menée sur 649 dossiers, tire un premier bilan. L'ouverture de maisons de naissance ayant été accordée à titre expérimental, la fin de cette expérimentation est prévue courant 2020. Or aucune étude scientifique n'avait été réalisée sur l'ensemble des huit maisons de naissance concernant la qualité des soins prodigués dans ces structures avant celle-ci. Cette étude est essentielle car elle fournit au législateur qui devra décider de la pérennisation ou non, des données probantes.

Au total, en 2018 l'accouchement en maison de naissance a représenté moins de 0,1 % des naissances vivantes ayant eu lieu en France.

Dans l'expérimentation prévue par la loi de décembre 2013, les maisons de naissances sont définies en France comme des « structures contigües » à une maternité partenaire, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes dont elles ont organisé le suivi de la grossesse » (*Figures 1 et 2*).

FIGURE 1 > CARACTÉRISTIQUES D'UNE MAISON DE NAISSANCE EN FRANCE

► **QUOI?** Structure sous la responsabilité exclusive d'une sage-femme, contiguë à une maternité.

► **POUR QUI?** Les femmes enceintes à bas risque obstétrical.

► Y SONT ASSURÉS

- Les consultations médicales de grossesse ;
- La préparation à la naissance et à la parentalité ;
- Les accouchements sans analgésie péridurale ;
- Les soins après l'accouchement pour la mère ou l'enfant.

Pas d'hébergement, signifiant un retour à domicile quelques heures après l'accouchement.

► UN MODÈLE

Une femme/une sage-femme, centré sur la femme qui prévoit un accouchement ambulatoire.

CETTE ÉTUDE A ÉTÉ MENÉE PAR :

- **Responsable scientifique du groupe de recherche sur l'évaluation des Maisons de naissance:** Anne Chantry, RM, PhD Épidémiologiste, enseignante-chercheure en santé publique et en maïeutique Inserm, Université de Paris, équipe « Épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique » (Epopé), Paris École de sages-femmes de Baudelocque, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris. **Contact:** anne.chantry@inserm.fr - 01.42.34.55.70.
- **Auteurs:**
Anne Chantry, Priscille Sauvegrain, Ingele Roelens, Candy Guiguet-Auclair, Sophie Goyet, Françoise Vendittelli.
- **Un Comité scientifique a accompagné la recherche:**
 - Pour l'**Association Française de Pédiatrie Ambulatoire [AFPA]**: Docteure Fabienne Kocher, pédiatre, Orléans;
 - Pour le **Club des Anesthésistes Réanimateurs en Obstétrique [CARO]**: Professeure Hawa Keita-Meyer, anesthésiste-réanimatrice, Hôpital Necker, AP-HP, Université de Paris, Paris;
 - Pour le **Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français [CNGOF]**: Professeure Camille Le Ray, gynécologue-obstétricienne, épidémiologiste, Hôpital Port-Royal, AP-HP, Inserm unité 1153 équipe Epopé, Université de Paris, Paris;
 - Pour le **Collège National des Sages-Femmes de France [CNSF]**: Sophie Guillaume, Sage-femme coordonnatrice, Hôpital Necker, AP-HP, Paris;
 - Pour la **Société Française de Néonatalogie [SFN]**: Docteur Thameur Rakza, pédiatre, Centre Hospitalier Régional de Lille, Maternité Jeanne de Flandres, Lille;
 - Pour l'**Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie [AUDIPOG]**: Docteure Françoise Vendittelli, Épidémiologiste, gynécologue obstétricienne, présidente du conseil scientifique AUDIPOG, Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, CNRS, SIGMA Clermont, Institut Pascal;
 - **Représentante d'une Agence Régionale de Santé [ARS]**: Docteure Christiane Michalewicz, ARS Pays de Loire, Nantes;
 - Pour le **Collectif Interassociatif Autour de la Naissance [CIANE]**: Anne Evrard, usagère, Lyon;
 - Pour le **Collectif des Maisons de Naissance**: Mathilde Revolon, Sage-femme, Maison de naissance Premières Heures Au monde - PHAM, Bourgoin-Jallieu.

FIGURE 2 > DÉTAILS SUR L'IMPLANTATION DES MAISONS DE NAISSANCE ET DE LEURS MATERNITÉS PARTENAIRES

Maisons de naissance			Maternités partenaires	
Département	Ville	Nom	Nom	Type
Meurthe et Moselle	Nancy	Un nid pour Naître	CHU Nancy	3
Alsace	Sélestat	Manala	CH de Sélestat	1
Isère	Grenoble	La Maison	Maternité mutualiste de Grenoble	1
Isère	Bourgoin-Jallieu	Premières Heures Au Monde -PHAM	CH Pierre Oudot	2A
Paris	Paris	Comme A La Maison - CALM	Maternité des Bluets	1
Tarn	Castres	Doumaïa	CH de Castres	2A
Guadeloupe	Baie-Mahault	Joie de Naître	Clinique des eaux claires	1
La Réunion	Saint-Paul	Maison de Naissance de l'Ouest -Manao	CH Ouest Réunion	2B

TABLEAU 1 > SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES, INTERNATIONALES CONDUITES EN POPULATION, AYANT COMPARÉ LES INTERVENTIONS ET ISSUES AYANT LIEU EN MAISONS DE NAISSANCE VERSUS EN HÔPITAL

Auteurs	Brocklehurst & al., BMJ, 2011		Homer & al., BMJ Open, 2019	Scarf et al., Midwifery, 2018 International, plusieurs pays
Lieu d'étude	Angleterre		Australie	
Détails sur l'étude	Cohorte nationale prospective, n=64 538 femmes à bas risques		Etude nationale rétrospective sur 13 ans, n= 1 251 420 femmes à bas risque	Méta-analyse - 28 études
Unités comparées	AMU vs. maternité aOR [95% CI]	FMU vs. maternité aOR [95% CI]	AMU vs. maternité aOR [95% CI]	AMU vs. maternité aOR [95% CI]
Interventions				
Utilisation d'oxytocine pour diriger le travail	0.37 [0.30 - 0.46]	0.26 [0.20 - 0.33]	0.41 [0.40-0.43]	
Episiotomie	0.62 [0.50 - 0.77]	0.40 [0.32 - 0.51]	0.37 [0.36-0.39]	
Analgésie pérudurale ou générale	0.40 [0.32 - 0.50]	0.27 [0.22 - 0.34]	0.41 [0.39-0.43]	
Accouchement par ventouse	0.56 [0.39 - 0.82]	0.32 [0.22 - 0.47]	0.42 [0.40-0.44]	
Accouchement par forceps	0.70 [0.46 - 1.05]	0.45 [0.32 - 0.63]	0.54 [0.50-0.58]	0.58 [0.46-0.72]
Césarienne pendant le travail	0.39 [0.29 - 0.53]	0.32 [0.24 - 0.42]	0.45 [0.43-0.48]	0.54 [0.42-0.70]
Sécurité				
Issues maternelles				
Accouchement normal sans intervention pour toutes les femmes	2.50 [2.02 - 3.08]	3.86 [3.16 - 4.72]	2.72 [2.63 - 2.81]	2.05 [1.60 - 2.63]
Accouchement normal sans intervention pour les femmes sans complication au début du travail	2.21 [1.77 - 2.75]	3.42 [2.74 - 4.27]		
Périnée intact				1.04 [0.82-1.30]
Traumatisme périnéal sévère				0.93 [0.87-0.99]
Hémorragie sévère du post-partum (\geq 1000ml)			0.66 [0.56-0.78]	0.83 [0.63-1.09]
Admission en unités de réanimation et/ou de soins intensifs			0.42 [0.31-0.56]	
Ré-hospitalisation dans les 28 jours après l'accouchement			1.18 [0.85-1.64]	
Issues néonatales				
Issue périnatale défavorable (morbilité & mortalité)- chez toutes les femmes	0.92 [0.60-1.39]	0.92 [0.58-1.46]		
Issue périnatale défavorable (morbilité & mortalité)- chez femmes sans complication au début du travail	1.26 [0.80-1.99]	1.22 [0.76-1.96]		
Mort-né et décès néonatal			0.64 [0.40-1.02]	0.65 [0.31-1.34]
Décès néonatal				0.82 [0.25-2.63]
Admission en unités de réanimation et/ou de soins intensifs			1.24 [1.10-1.39]	0.88 [0.59-1.32]
Ré-hospitalisation dans les 28 jours après la naissance			0.95 [0.90-1.01]	
Interventions				
Utilisation d'oxytocine pour diriger le travail	0.37 [0.30 - 0.46]	0.26 [0.20 - 0.33]	0.41 [0.40-0.43]	
Episiotomie	0.62 [0.50 - 0.77]	0.40 [0.32 - 0.51]	0.37 [0.36-0.39]	
Analgésie pérudurale ou générale	0.40 [0.32 - 0.50]	0.27 [0.22 - 0.34]	0.41 [0.39-0.43]	
Naissance instrumentale par ventouse	0.56 [0.39 - 0.82]	0.32 [0.22 - 0.47]	0.42 [0.40-0.44]	
Naissance instrumentale par forceps	0.70 [0.46 - 1.05]	0.45 [0.32 - 0.63]	0.54 [0.50-0.58]	0.58 [0.46-0.72]
Césarienne pendant le travail	0.39 [0.29 - 0.53]	0.32 [0.24 - 0.42]	0.45 [0.43-0.48]	0.54 [0.42-0.70]

AMU : Alongside Midwifery Unit = maison de naissance adjacente à l'hôpital

FMU : Freestanding Midwifery Unit = maisons de naissance éloignée de l'hôpital

Les femmes enceintes concernées doivent être des femmes enceintes dont la grossesse ne présente pas de risque materno-fœtal identifié. Les interventions techniques y sont extrêmement limitées ; ainsi on ne retrouve en maison de naissance ni déclenchement du travail, ni accélération du travail par administration d'oxytocine, ni périndurale.

Les maisons de naissance n'assurent pas d'hébergement postnatal et les femmes et leurs bébés rentrent à leur domicile quelques heures après. Les urgences obstétricales n'y sont pas non plus prises en charge.

Depuis novembre 2015, huit maisons de naissances sont autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans : 6 sont implantées en métropole et 2 dans les DROM.

À L'INTERNATIONAL

Elles sont dénommées *Midwifery Units (MU)* en anglais. La première « maison de naissance », comparable à celles que nous connaissons actuellement en France, a ouvert ses portes à New York en 1975. Il en existe aujourd'hui plus de 150 aux États-Unis, 169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne ou encore 25 en Suisse.

En 2019, la Bulgarie et la République Tchèque ont ouvert leur première maison de naissance. Selon la distance qui les sépare ou non de la maternité partenaire, on parle de *along-side midwifery units*, dites adjacentes aux services d'obstétrique ou de *freestanding midwifery units*, localisées à distance des services d'obstétrique (*Tableau 1 page précédente*).

OBJECTIFS

L'objectif global de l'étude était d'évaluer la qualité des soins prodigués lors du travail et de l'accouchement en France en maisons de naissance (MDN).

Les objectifs spécifiques étaient :

- De déterminer le nombre et la fréquence des femmes ayant accouché en MDN en France en 2018 ;
- D'évaluer la pertinence des soins prodigués en MDN (« les bons soins au bon patient »), soit d'évaluer les caractéristiques des femmes et leur éligibilité pour ce type de prise en charge ;
- D'évaluer l'efficacité des soins prodigués en MDN, soit d'évaluer les caractéristiques du travail et de l'accouchement ;
- D'évaluer la sécurité des soins prodigués en MDN selon les critères habituels de morbidité et mortalité fœtale, maternelle et néonatale ;
- D'évaluer les motifs de transferts des femmes vers les maternités partenaires.

TYPE D'ÉTUDE ET POPULATION CIBLE

Étude nationale descriptive, de type cohorte historique. Des femmes suivies pendant la grossesse dans les huit maisons de naissance de France et dont l'accouchement était planifié dans ces structures au cours de l'année 2018.

Les données étaient issues de la base de données informatisées de l'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG).

Le collectif des Maisons de naissance a développé avec l'AUDIPOG un dossier informatisé d'évaluation adapté aux particularités des maisons de naissance et renseigné par chaque sage-femme pour chaque femme.

L'exhaustivité de la base de données pour recenser les accouchements ayant eu lieu en maisons de naissance en 2018 a été vérifiée par comparaison aux registres d'état civil de déclaration des naissances.

POPULATION D'ÉTUDE

La population d'étude était constituée de toutes les femmes suivies pour la grossesse dans toutes les maisons de naissance de France métropolitaine et des DROM durant l'année 2018 (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et prises en charge pour un accouchement en maison de naissance, quel que soit son lieu final.

CRITÈRES DE JUGEMENT

• **La pertinence des soins** a été évaluée à partir des caractéristiques des femmes en reprenant les critères d'éligibilité interprétés à partir des recommandations de la HAS et des critères internationaux que les sages-femmes du collectif des maisons de naissance se sont fixés (inéligibilité des utérus cicatricels et des grossesses gémellaires).

Le pourcentage de respect des critères d'éligibilité a été calculé en rapportant au nombre total de femmes ayant accouché en maison de naissance, le nombre de femmes pour lesquelles les critères d'éligibilité étaient respectés. D'autres caractéristiques des femmes ont également été étudiées : les caractéristiques anthropomorphiques (âge, indice de masse corporelle), les caractéristiques sociodémographiques (pays de naissance, niveau d'étude) et les caractéristiques obstétricales (parité, grossesse unique, âge gestationnel à l'accouchement, présentation du foetus au cours du travail, antécédent significatif, pathologie de la grossesse et mode d'entrée en travail).

• **L'efficacité des soins** prodigués en maison de naissance pendant le travail obstétrical a été évaluée à partir des critères suivants : la durée de la phase active (définie à partir de 5 cm de dilatation cervicale), l'apparition de pathologies lors du travail, la rupture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle), le nombre de touchers vaginaux réalisés, la possibilité de s'alimenter et de s'hydrater, l'utilisation du bain et le mode d'analgésie/anesthésie utilisé. Pendant l'accouchement, l'efficacité des soins a été évaluée à partir des critères suivants : la position de la femme au moment de la naissance de l'enfant, le maintien ou non de la tête fœtale par la sage-femme au moment de la naissance, la durée des efforts expulsifs (en min), l'accouchement dans l'eau, le mode d'accouchement (voie basse spontanée, voie basse instrumentale ou césarienne), l'administration préventive d'oxytocine (encore appelée « délivrance dirigée »), la réalisation d'une épisiotomie, le poids du nouveau-né à la naissance, l'allaitement maternel à la sortie et la durée de séjour du post-partum.

• **La sécurité des soins** prodigués en maison de naissance a été évaluée à partir des indicateurs de résultats habituels de morbi-mortalité maternelle et néonatale.

• **Pour la mère, ces indicateurs étaient:** l'état du péri-née (intact, déchirure 1^{er} et 2^e degrés, déchirure 3^e et 4^e degrés, épisiotomie), l'hémorragie sévère du post-partum (définie ici par des pertes sanguines ≥ 1 000 ml après pesée des compresses et alèses après l'accouchement), la transfusion de culots globulaires en cas d'hémorragie, le transfert maternel en unités de soins intensifs ou de réanimation et la mortalité maternelle (décès de la femme pendant l'accouchement ou la première semaine du post-partum), la ré-hospitalisation de la mère dans les 30 jours pour motif lié à l'accouchement ou ses suites et l'identification d'un événement indésirable grave à déclaration obligatoire auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente.

• **Pour l'enfant, ces indicateurs étaient:** le score d'Apgar à 5 minutes de vie (score d'adaptation à la vie extra-utérine), la nécessité d'une prise en charge néonatale immédiate par des gestes médicaux (ventilation, intubation ou injection d'adrénaline), le transfert du nouveau-né en maternité ou en néonatalogie pour raison médicale et enfin, la mortalité néonatale précoce (décès du fœtus à partir de 22 semaines de grossesse ou du travail) et la mortalité néonatale précoce (décès du nouveau-né pendant la 1^{re} semaine de vie), la ré-hospitalisation du nouveau-né dans les 30 jours pour motif lié à la période néonatale et l'identification d'un événement indésirable grave à déclaration obligatoire auprès de l'ARS.

ANALYSES

L'analyse descriptive globale sur le modèle d'une analyse réalisée « en intention de traiter », c'est-à-dire, en maintenant dans le groupe « accouchement planifié en maison de naissance » toutes les femmes prévues pour ce type d'accouchement et ayant été accompagnées en maison de naissance pendant le travail, quel que soit le lieu final de prise en charge (maison de naissance ou maternité partenaire). éligibles et accompagnées en maison de naissance pendant le travail.

Pour comparer les résultats français aux résultats des études internationales, les auteurs ont comparé entre elles les fréquences des issues maternelles et néonatales retrouvées dans les études en interprétant leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %).

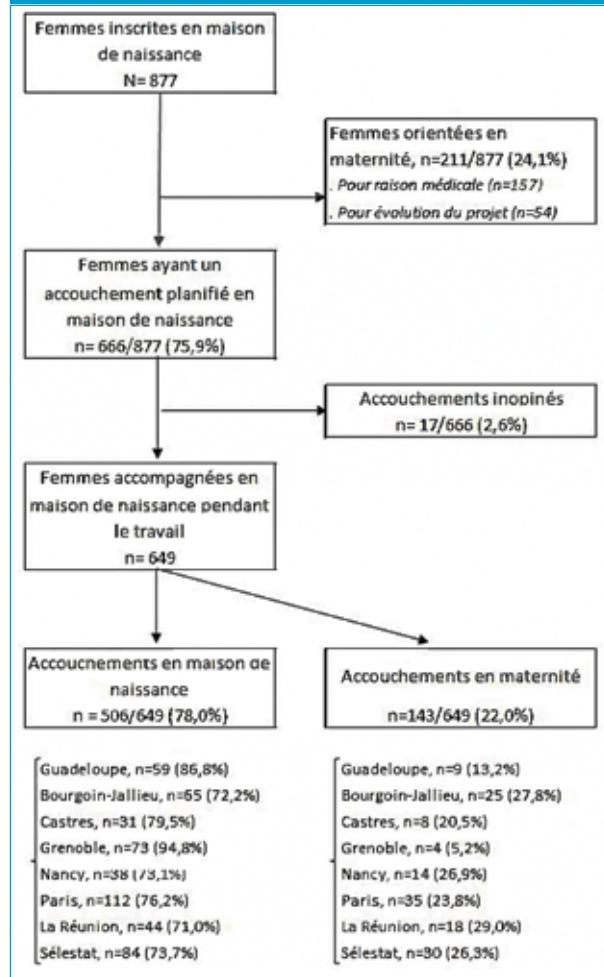
Ces analyses ont été réalisées selon les conditions d'application, à partir des tests statistiques du chi², chi² corrigé de Yates ou Fisher pour les variables catégorielles et des tests de Student et de Mann et Withney pour les variables continues.

Pour compléter certains résultats, une description semi-qualitative de certains cas a été fournie.

RÉSULTATS

En 2018, parmi les 877 femmes ayant initié un suivi prénatal dans les huit maisons de naissance de France, 211 femmes (24 %) ont été orientées vers une maternité pour raison médicale (n = 154, soit 74 % des orientations) ou ont changé d'avis après leur inscription au profit d'un suivi et d'un accouchement en maternité (n = 54, soit 26 % des orientations). Selon la maison de naissance, le nombre

FIGURE 3 > EFFECTIFS ET FRÉQUENCE DES FEMMES INSCRITES ET ACCOUCHEANT DANS LES 8 MAISONS DE NAISSANCE DE FRANCE EN 2018



d'accouchements dans la structure en 2018 était compris entre 31 et 112, avec un pourcentage de transfert en maternité partenaire qui variait entre 5,2 et 29 % (Figure 3).

Au sein de la population de femmes ayant un accouchement planifié en maison de naissance (n = 666), 17 femmes (2,6 %) ont accouché de façon inopinée, avant même d'avoir pu être accompagnées pour le travail en maison de naissance. Ces accouchements ont eu lieu soit sur le trajet entre le domicile de la femme et la maison de naissance (n = 4 ; une en voiture et trois sur le parking de la maison de naissance), soit au domicile de la femme sans y avoir été programmés (n = 13 ; sept à domicile avant ou après l'arrivée des pompiers ou du SMUR, sans présence de sage-femme et six à domicile avec une sage-femme arrivée in extremis, à dilatation très avancée ou au moment de la naissance).

Concernant les issues maternelles, l'accouchement et ses suites étaient sans particularité pour 16 femmes sur 17 et une femme a présenté une hémorragie du post-partum. Elle a accouché à domicile avec le SMUR, a été transférée en maison de naissance pour la délivrance, puis transférée vers la maternité partenaire pour délivrance incomplète. Parmi les 649 femmes accompagnées en maison de naiss-

sance pendant le travail, 506 (78 %) y ont effectivement accouché et 143 (22 %) ont été transférées vers la maternité partenaire pendant le travail.

PERTINENCE DES SOINS

Les femmes accompagnées en MDN pendant le travail (Tableau 2) :

- Étaient âgées de moins de 35 ans (67 %) ;
- Avaient un indice de masse corporelle normal (78 %) ;
- Étaient nées en France (90 %) ;
- Avaient un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat (90 %) ;

- Ne fumaient pas pendant la grossesse (97 %) ;
- Présentaient une grossesse unique, à terme, avec une mise en travail spontanée.
- Pour 56 % étaient primipares.

Pour quatre femmes, le foetus se présentait en siège ou transverse pendant le travail, trois ont été transférées pour accoucher dans les maternités partenaires et une a accouché par voie basse en maison de naissance (siège non diagnostiqué, poche des eaux intacte).

L'analyse comparative montre que les femmes transférées étaient significativement plus souvent primipares.

TABLEAU 2 > DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance N=649 n (%) m ± [ET]	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE N=506 n (%) m ± [ET]	Femmes ayant accouché en MATERNITE N=143 n (%) m ± [ET]	p de signification
Caractéristiques anthropomorphiques				
Age maternel (n=640)	32,5 (4,5)	32,6 (4,4)	32,2 (4,6)	
< 35	428 (66,9)	331 (66,3)	97 (68,8)	0,734
≥ 35 - < 40	177 (27,6)	139 (27,9)	38 (26,9)	
≥ 40	35 (5,5)	29 (5,8)	6 (4,3)	
Indice de masse corporelle (IMC) (n=602)	21,8 (3,3)	21,8 (3,3)	22,0 (3,4)	
Maigre ($< 18,5$)	57 (9,5)	48 (10,1)	9 (7,0)	0,018
Corpulence normale ([18,5-25[)	467 (77,6)	371 (78,3)	96 (75,0)	
Surpoids ([25-30[)	63 (10,5)	41 (8,6)	22 (17,2)	
Obésité (≥ 30)	15 (2,5)	14 (3,0)	1 (0,8)	
Caractéristiques socio-démographiques				
Pays de naissance (n=581)				0,645
France	521 (89,7)	409 (70,4)	112 (86,2)	
Europe	25 (4,3)	22 (4,8)	3 (2,4)	
Afrique	17 (2,9)	13 (2,8)	4 (3,2)	
Asie et autres	18 (3,1)	13 (2,8)	5 (4,0)	
Niveau d'étude supérieur (n=585)				0,667
Oui (>Bac)	526 (89,9)	414 (90,2)	112 (88,9)	
Non	59 (10,1)	45 (9,8)	14 (11,1)	
Tabac pendant la grossesse (n=606)	19 (3,1)	16 (3,4)	3 (2,3)	0,487
Caractéristiques obstétricales				
Parité (n=643)				<0,0001
Primipare	361 (56,1)	238 (47,6)	123 (86,0)	
Multipare	282 (43,9)	262 (52,4)	20 (14,0)	
2ème pare	180 (28,0)	167 (33,4)	13 (9,1)	
3ème pare	75 (11,7)	71 (14,2)	4 (2,8)	
≥ 4ème pare	27 (4,2)	24 (4,8)	3 (2,1)	
Grossesse unique (n=649)	649 (100,0)	506 (100,0)	143 (100,0)	1
Age gestationnel à l'accouchement (n=647)	39,9 (1,0)			0,326
[37 - 41 SA]	516 (79,8)	407 (80,4)	109 (77,3)	
≥ 41 SA	129 (19,9)	98 (19,4)	31 (22,0)	
≥ 42 SA	2 (0,3)	1 (0,2)	1 (0,7)	
Présentation du foetus (n=610)				0,018
Sommel	606 (99,3)	503 (99,8)	103 (97,2)	
Siège	3 (0,5)	1 (0,2)	2 (1,9)	
Transverse	1 (0,2)	0 (0)	1 (0,9)	
Antécédents significatifs				
Medical interférant potentiellement avec la grossesse (n=638)	95 (14,9)	61 (12,3)	34 (24,3)	<0,001
Prématurité (n=646)	8 (1,2)	7 (1,4)	1 (0,7)	
MFIU ou décès néonatal (n=646)	4 (0,6)	4 (0,8)	0 (0)	
Utérus cicatriciel (n=646)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Pathologie au cours de la grossesse (n=638)	32 (5,0)	22 (4,4)	10 (7,2)	0,183
Hypertension	1 (0,2)	0 (0)	1 (0,7)	
Diabète gestationnel insuliné	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)	
Menace d'accouchement prématuré*	1 (0,2)	3 (0,2)	0 (0)	
Non renseigné	11 (1,7)	9 (1,7)	2 (1,4)	
Mode de début de travail (n=643)				1
Spontané	643 (100,0)	505 (100,0)	138 (100,0)	

* 1 femme a présenté une menace d'accouchement prématuré non sévère avec hospitalisation et a accouché à terme

EFFICACITÉ DES SOINS (Tableaux 3 et 3 bis)

- La rupture artificielle de la poche des eaux a été effectuée chez moins de 3 %.
- Pour plus de 85 %, aucune pathologie n'a été diagnostiquée au cours du travail.
- Les deux principales causes de pathologies identifiées pour les femmes transférées étaient :
 - La dystocie du 1^{er} ou 2^e stade du travail (plus de deux tiers des cas) ;
 - L'altération du rythme cardiaque fœtal associée ou non à un liquide amniotique teinté ou méconial (un tiers des cas).
- Parmi les quatre femmes non transférées :
 - Une avait présenté une dystocie dynamique pendant le travail, résolue par une amniotomie ;

- Pour les trois autres, une altération du RCF et/ou de la couleur du liquide amniotique avait été diagnostiquée ;
- Pour ces trois femmes, le liquide amniotique était teinté et fluide pendant le travail et, dans un cas, il était devenu méconial, épais à l'accouchement, sans conséquence néonatale.

■ Pendant le travail :

- 16,6 % ont été transférées pour bénéficier d'une analgésie/analgésie ;
- Moins de 3 % ont eu une rupture artificielle de la poche des eaux ;
- Plus de 54 % n'ont eu qu'un seul ou aucun toucher vaginal au total ;
- 62 % se sont hydratées ;
- Près de 47 % ont pu utiliser un bain d'eau chaude pour soulager les douleurs.

**TABLEAU 3> DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL
ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT**

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE		Femmes ayant accouché en MATERNITE	
		N=649		N=506	
		n (%)	m ± [ET]	n (%)	m ± [ET]
Durée de la phase active (≥5 cm) (n=411)	4,0 ± [3,6]	3,1 ± [2,3]	9,9 ± [5,4]		
<2h	111 (27,0)	110 (30,5)	1 (2,0)		
2h- 3h59	124 (30,2)	123 (34,1)	1 (2,0)		
4h - 5h59	90 (21,9)	81 (22,4)	9 (18,0)		
≥ 6h	86 (20,9)	47 (13,0)	39 (78,0)		
Pathologie/difficulté du travail (n=637)					
Oui, (détail pour n=64*)	92 (14,4)	4 (0,8)	88 (64,2)		
Dystocie lors du 1 ^{er} ou 2 ^{ème} stade du travail	47 (73,4)	1	46		
Altération du rythme cardiaque et/ou du liquide amniotique (teinté ou méconial)	23 (35,9)	3	20		
Souhait d'analgésie péridurale et/ou fatigue maternelle	7 (10,9)	0	7		
Présentation autre que céphalique	4 (6,3)	1	3		
Rupture prématurée des membranes	4 (6,3)	1	3		
Procidence du cordon ombilical	1 (1,6)	0	1		
Autre	2 (1,6)	0	2		
Rupture artificielle de la poche des eaux (n=598)					
Oui	41 (6,9)	14 (2,8)	27 (28,4)		
Non	557 (93,1)	489 (97,2)	68 (71,6)		
Nombre de toucher vaginal pendant le travail (n=501)					
Aucun		1,7 ± [1,6]	-		
1		129 (25,7)	-		
2		142 (28,3)	-		
3		110 (22,0)	-		
4 et plus		62 (12,4)	-		
		58 (11,6)	-		
Possibilité de s'alimenter / s'hydrater (n=427)					
S'hydrater avec des boissons		264 (61,8)	-		
S'alimenter avec des aliments solides		4 (0,9)	-		
Bain pendant le travail (n=487)					
Analgésie/anesthésie (n=634)					
Non	529 (83,4)	506 (100,0)	23 (16,8)		
Oui, détails	105 (16,6)	0 (0)	105 (74,2)		
Anesthésie générale	1 (1,0)	-	1 (1,0)		
Péridurale	75 (71,4)	-	75 (71,4)		
Locale (bloc nerf honteux, local simple) / Analgésie inhalatoire / Analgésie morphinique	14 (13,3)	-	14 (13,3)		
Rachianesthésie / Rachि-péridurale combinée	5 (4,8)	-	5 (4,8)		
Donnée manquante	10 (9,5)	-	10 (9,5)		

* catégories non exclusives : plusieurs pathologies ou difficultés du travail possibles pour une même femme

■ En ce qui concerne l'accouchement :

- Plus de 90 % des femmes accompagnées en MDN pendant le travail ont accouché par voie basse spontanée;
- 6,5 % ont accouché par voie basse instrumentale (dans la maternité partenaire);
- 3 % ont eu une césarienne;
- 3,3 % des femmes ont eu une épisiotomie;
- 31 % ont reçu une administration préventive d'oxytocine à l'accouchement;
- 94 % d'entre elles ont adopté une position autre que dorsale : « à quatre pattes » pour 31 % et « accroupie/à genoux » pour 28 %;
- Les efforts expulsifs ont duré en moyenne 22 minutes et ont le plus souvent eu lieu sans que la sage-femme ne maintienne la tête foetale au moment exact de la naissance (*hands off*) (77 % de *hands off*);
- 31 % des femmes ont accouché dans l'eau en maison de naissance;
- La durée de séjour moyen en post-partum en maison de naissance était de 3 h 12.

SÉCURITÉ DES SOINS

Près de la moitié a eu un périnée intact (*Tableau 4*).

La proportion de lésion obstétricale du sphincter anal diagnostiquée (LOSA - déchirures des 3^e et 4^e degrés) dans cette population était de 0,5 % (IC95 % [0,1 % ; 5 %]) avec deux cas survenus lors d'accouchements en MDN et un cas survenu lors d'un accouchement en maternité.

L'hémorragie sévère du post-partum, caractérisée par des pertes sanguines ≥ 1 000 ml, a concerné 1,4 % (IC95 % [0,6 % ; 2,7 %]) des femmes accompagnées en MDN pendant le travail, répartie de la façon suivante : 7 sur 8 ont eu lieu en MDN et une en maternité. Aucune n'a nécessité d'acte de traitement de 2^e ligne type embolisation, ligature vasculaire ou hysterectomie. Aucune femme ne présentait de facteur de risque connu. Sur les 7 cas d'hémorragies sévères, 6 femmes n'avaient pas reçu d'administration préventive d'oxytocine.

Il y a eu 6,1 % de transferts (*Tableaux 5 et 6*) postnataux, tous en maternité et aucun en unités de réanimation et/ou de soins intensifs.

Aucun événement indésirable grave maternel, ni aucun décès maternel n'a été relevé.

Dans le premier mois, deux femmes ont été réhospitalisées, l'une pour une endométrite et l'autre pour une aspiration à J8 du post-partum pour rétention de membranes placentaires.

TABLEAU 3 BIS > DESCRIPTION DES CARACTÉRISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance N=649 n (%) m ± [ET]	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE N=506 n (%) m ± [ET]	Femmes ayant accouché en MATERNITE N=143 n (%) m ± [ET]
Position à l'accouchement (n=498)			
Quatre pattes		154 (30,9)	-
Accroupi / à genoux		139 (27,9)	-
Assis / semi-assis		80 (16,1)	-
Décubitus latéral		59 (11,8)	-
Debout		36 (7,2)	-
Décubitus dorsal		30 (6,0)	-
Maintien du périnée par la sage-femme au moment de l'accouchement (n=315)			
Oui (Hands on)		71 (22,5)	-
Non (Hands off)		244 (77,4)	-
Durée des efforts expulsifs en min (n=475)		22,2 [20,8]	
Accouchement dans l'eau (n=487)		153 (31,4)	-
Mode d'accouchement (n=629)			
Voie basse spontanée	569 (90,5)	506 (100,0)	64 (51,6)
Césarienne pendant le travail	19 (3,0)	-	19 (15,3)
Voie basse instrumentale	41 (6,5)	-	41 (33,1)
Administration préventive d'oxytocine (délivrance dirigée) (n=586)	183 (31,2)	109 (21,5)	74 (92,5)
Episiotomie (n=585)	19 (3,3)	8 (1,6)	11 (12,6)
Poids de naissance (n=592)	3359 [379,3]	3364 [371,9]	3327 [415,9]
< 1500 g	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1500-2499 g	8 (1,4)	4 (0,8)	4 (4,2)
2500-3999 g	550 (92,9)	462 (93,2)	88 (91,6)
≥ 4000 g	34 (5,7)	30 (6,0)	4 (4,2)
Allaitement maternel à la sortie (n=508)	504 (99,2)	464 (99,2)	40 (100,0)
Durée de séjour dans la structure (en j) (n=508)	0,5 ± [1,0]	0,2 ± [0,1]	1,9 ± [1,8]

TABLEAU 4 > DESCRIPTION DES ISSUES MATERNELLES ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance N=649 n (%)	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE N=506 n (%)	Femmes ayant accouché en MATERNITE N=143 n (%)
Issues maternelles			
Etat du périnée (n=585)			
Périnée intact	285 (48,7)	254 (51,0)	31 (35,7)
Déchirure simple ou superficielle	278 (47,5)	234 (47,0)	44 (49,5)
Déchirure du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} degré (LOSA)	3 (0,5) IC 95% [0,1-1,5]	2 (0,4)	1 (1,2)
Episiotomie	19 (3,3) IC 95% [2,0-5,1]	8 (1,6)	11 (12,6)
Hémorragie sévère du post-partum (>1000ml) (n=581)	8 (1,4) IC 95% [0,6-2,7]	7 (1,4)	1 (1,3)
Actes de 2 ^{ème} ligne en cas d'HPP	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Transfusion de culots globulaires (n=577)	1 (0,2) IC 95% [0,0-1,0]	1 (0,2)	0 (0)
Transfert maternel en unités de soins intensifs et/ou de réanimation (n=537)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Décès maternel (n=649)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Transfert postnatal de la mère (n=553)	34 (6,1) IC 95% [4,3-8,5]	31 (6,1)	3 (3,3)
Ré-hospitalisation dans les 30 jours pour motif lié à l'accouchement ou au post-partum (n=568)	2 (0,4) IC 95% [0,0-1,3]		
Evènement indésirable grave (n=579)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

HPP : hémorragie du post-partum
LOSA : Lésion obstétricale du sphincter de l'anus

TABLEAU 5 > DESCRIPTION DES MOTIFS DE TRANSFERTS PER-PARTUM POUR RAISON MÉDICALE DES FEMMES AYANT ACCOUCHE EN MATERNITÉ (N = L43), CATÉGORIES NON EXCLUSIVES*

	n (%)
En urgence (code rouge)	
Anomalie du rythme cardiaque foetal	18 (12,59)
Procidence cordon	1 (0,70)
Hors contexte d'urgence	
Non-progression du travail ou de la présentation (direction du travail)	83 (58,0)
Prise en charge de la douleur	42 (29,4)
Liquide teinté ou méconial	13 (9,1)
Présentation autre que céphalique	3 (2,1)
HTA	1 (0,7)
RPM supérieure à 24h	5 (3,5)
RPM >12h avec strepto B +	1 (0,7)
<u>Non renseigné ou autre (SF non disponible - cyclone)</u>	6 (4,2)

* Plusieurs motifs possibles pour une même femme

TABLEAU 6 > DESCRIPTION DES MOTIFS DE TRANSFERTS POST-PARTUM POUR RAISON MÉDICALE DES FEMMES AYANT ACCOUCHE EN MAISON DE NAISSANCE (N = 31), CATÉGORIES NON EXCLUSIVES*

	n (%)
En urgence	
Hémorragie du post-partum (modérée ou sévère)	17 (54,8)
Rétention placentaire sans hémorragie	5 (16,1)
Malaises	1 (3,2)
Suture déchirure du 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré	2 (6,5)
Hors contexte d'urgence	
Souhait de la femme	3 (9,7)
Fatigue sans complication de l'accouchement	1 (3,2)
Précarité sociale	1 (3,2)
<u>Non renseigné</u>	2 (6,4)

* Plusieurs motifs possibles pour une même femme
§ : à noter, 22 transferts pour rapprochement mère-enfant

• **Issues néonatales (Tableau 7)**

- 1,7 % des enfants ont nécessité des gestes de réanimation néonatale ;
- 0,3 % des enfants au total ont présenté un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie ;
- Le transfert en néonatalogie a concerné au total 2,2 % des enfants. Dans trois cas, il s'agissait d'enfants nés dans un contexte de liquide amniotique teinté ou méconial ;
- Huit nouveau-nés ont été réhospitalisés pour les motifs suivants : deux pour bronchiolite, deux pour hyperthermie, un pour défaut de prise de poids, un pour infection urinaire, un pour subocclusion digestive (constipation sévère - 13 j et hyperthermie) et un pour une chirurgie pour malformation anale ;
- Un enfant est décédé en période néonatale (0,2 % IC95 % 0,0 % - 0,9 %). Il s'agit d'un décès néonatal dans un contexte d'inhalation méconiale à la naissance malgré une aspiration à la naissance en maison de naissance et une réanimation débutée à 3 minutes dans les locaux de la maternité partenaire.

COMPARAISON INTERNATIONALE

Les résultats des enquêtes en population publiées sur les accouchements planifiés en maisons de naissance pour des femmes à bas risque en Australie, en Angleterre et plus largement dans la méta-analyse de Scarf et al. (au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, au Danemark et aux États-Unis), permettent aux auteurs de l'étude de situer

les résultats des maisons de naissances françaises dans ce contexte international. À l'exception des issues périnéales (*cf. ci-après*), la comparaison des indicateurs de pratique et de sécurité entre la France et les pays cités plus haut indique qu'il n'existe pas de différence significative concernant les issues maternelles et néonatales entre MDN françaises et les MDN évaluées dans ces études (*Tableau 8*).

Les taux de mortalité néonatale chez des femmes à bas risques ayant un accouchement planifié en maison de naissance sont bas et semblables entre la France et les pays développés qui disposent d'évaluation de leurs MDN.

Pour les issues périnéales, les résultats sont positifs pour la France et montrent qu'il existe une différence significative entre les études dans le sens d'une moindre fréquence d'épisiotomies et de lésions périnéales sévères en France qu'en Angleterre ou en Australie.

Au total, les maisons de naissance implantées en France ont des résultats tout à fait comparables aux résultats des maisons de naissances implantées dans les pays à haut niveau de ressources et évaluées. Ils semblent même meilleurs en France pour les issues périnéales.

La proportion de transferts en per-partum en France est tout à fait comparable à la proportion rapportée dans l'étude anglaise (22 % vs. 21 %). Pour les transferts en néonatalogie, la proportion dans l'étude française était significativement plus élevée en France qu'en Australie, mais significativement non différente de celle retrouvée dans la méta-analyse de Scarf et al.

TABLEAU 7 > DESCRIPTION DES ISSUES NÉONATALES ET COMPARAISON SELON LE LIEU D'ACCOUCHEMENT

	Total de femmes accompagnées pendant le travail en maison de naissance N=649 n (%)	Femmes ayant accouché en MAISON DE NAISSANCE		Femmes ayant accouché en MATERNITE
		N=506 n (%)	N=143 n (%)	
Issues néonatales				
Score d'Apgar < 7 à 5 mn (n=593)	2 (0,3) IC 95% [0,0-1,2]	1 (0,2)	1 (1,1)	
Gestes de réanimation néonatale (n=576)	10 (1,7) IC 95% [0,8-3,1]	4 (0,8)	6 (7,5)	
	Ventilation	3 (0)	-	
	Intubation	1 (0)	-	
	Injection d'adrénaline	0 (0)	-	
Transfert néonatal, en maternité ou en néonatalogie, pour raison médicale (n=600)	37 (6,2) IC 95% [4,4-8,4]			
	Transfert immédiat (n=600)	30 (5,0)	23 (4,6)	7 (7,3)
	Transfert secondaire (n=505)	7 (1,4)	7 (1,5)	0 (0)
Transfert en néonatalogie (n=600)	13 (2,2) IC 95% [1,2-3,7]	7 (1,4)	6 (6,3)	
Décès fœtal ou néonatal (n=649)	1 (0,2) IC 95% [0,0-0,9]	1 (0,2)	0 (0)	
	Décès fœtal per-partum	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Décès néonatal	1 (0,2) IC 95% [0,0-1,0]	1 (0,2)	0 (0)
Ré-hospitalisation dans les 30 jours pour motif lié à la période néonatale (n=568)	8 (1,4) IC 95% [0,6-2,8]			
Evènement indésirable grave (n=579)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0)	

**TABLEAU 8 > DESCRIPTION DES ISSUES MATERNELLES ET NÉONATALES
DANS LES ÉTUDES EN POPULATION PUBLIÉES DANS LA LITTÉRATURE**

Auteurs	Chantry AA et al. 2018 France	Homer et al. 2019 Australie	Brocklehurst et al. 2011 Angleterre	Scarf VL et al. 2018 Monde
Année	2018	2019	2011	2018
Pays	France	Australie	Angleterre	Monde
Design d'étude	Enquête nationale, femmes avec un accouchement PLANIFIÉ en MDN (1 an dans 8 MDN)	Enquête nationale (13 ans), femmes à bas risque avec accouchement planifié en MDN	Birth study place (cohorte prospective nationale - 2ans)*, femmes à bas risque avec accouchement planifié en MDN	Méta-analyse d'études comparant des accouchements planifiés en MDN vs. planifiés en maternité
	N=649 (%) [IC 95%]	n= 1 251 420 (%) [IC 95%]	n= 64 538 (%) [IC 95%]	n= 28 études (%) [IC 95%]
Issues maternelles				
Mode d'accouchement				
Voie basse spontanée	(90,5)	(89,2)	(85,9)	(83,7)
Césarienne pendant le travail	(3,0) [1,8-4,7]	(4,0) [3,9-4,2]	(4,4) [4,1-4,7]	(5,0) [4,8-5,1]
Voie basse instrumentale	(6,5) [4,7-8,7]	(6,0) [5,9-6,2]	(9,1) [8,7-9,6]	(7,9) [7,7-8,1]
Etat du périnée				
Périnée intact	(48,7)	(30,0)	-	(36,4)
Déchirure simple ou superficielle	(47,5)	-	-	-
Déchirure du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} degré/LOSA	(0,5) [0,1-1,5]	(2,4) [2,3-2,5]	(3,2) [2,9-3,5]	(2,7) [2,6-2,8]
Episiotomie	(3,3) [2,0-5,5]	(8,3) [8,1-8,5]	(12,6) [12,1-13,1]	-
Hémorragie sévère du post-partum (\geq 1000ml ou g)	(1,4) [0,6-2,7] (0)	-	-	(1,2) [1,1-1,5]
<i>Actes de 2^{ème} ligne si HPP</i>				
Transfusion de CGR	(0,2) [0,0-1,0]	(0,3) [0,3-0,4]	(0,9) [0,7-1,0]	-
Transfert maternel en USI/Réa	(0) [0,0-0,6]	(0,2)** [0,1-0,2]	-	-
Décès maternel	(0)	-	(0)	-
Transfert postnatal mère	(6,1) [4,3-8,5]	-	(4,3) [4,0-4,6]	-
Durée séjour mère en jours [moyenne]	[1,0]	-	-	-
Ré-hospitalisation dans les 30j	(0,4) [0,0-1,3]	(0,2) [0,1-0,2]	-	-
Issues néonatales				
Score d'Apgar < 7 à 5 mn	(0,3) [0,0-1,2]	-	-	-
Gestes de réanimation néonatale	(1,7) [0,8-3,1]	-	-	-
Décès foetal ou néonatal	(0,2) [0,0-1,0]	(0,04) [0,03-0,06]	-	-
<i>Décès perpartum</i>	(0)			(0,02) [0,00-0,04]
<i>Décès néonatal</i>	(0,2) [0,0-0,9]	(0,03) [0,01-0,04]		(0,02) [0,00-0,05]
Transfert néonatal en néonatalogie	(2,2) [1,2-3,7]	(1,0) [0,9-1,1]	-	(2,3) [2,1-2,6]
Allaitement maternel à la sortie	(99,2)	-	-	-
Ré-hospitalisation dans les 30j	(1,4) [0,6-2,8]	(2,8) [2,6-2,9]	-	-

* cette étude rapporte un critère composite de morbidité foetale et néonatale que nous ne pouvons pas calculer pour comparer

** comprenait aussi les transferts maternels en unités de réanimation, de soins intensifs ou en soins continus

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Au total, l'étude des huit maisons de naissance en cours d'expérimentation en France indique que 649 femmes avaient un accouchement planifié dans ces structures au cours de l'année 2018 et que 506 y ont effectivement accouché pour 143 femmes transférées (22 %). Les accouchements en maisons de naissance représentaient 0,07 % des accouchements en France en 2018.

► L'évaluation de la qualité de soins qui y ont été prodigues indique que :

- La pertinence des soins y est respectée, avec plus de 99 % des femmes pour lesquelles l'accouchement était planifié en maison de naissance, qui respectaient les critères d'éligibilité;
- L'efficacité des soins prodigés dans ces structures montre très peu d'interventions lors du travail;
- Les indicateurs de sécurité de soins évalués pour toutes les femmes ayant été accompagnées en maisons de naissance, quel que soit le lieu final d'accouchement, montraient des complications maternelles peu voire très peu fréquentes;
- Les complications néonatales étaient elles aussi très peu fréquentes avec 0,3 % d'enfants présentant une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine à 5 minutes de vie et 1,7 % d'enfants nécessitant des gestes de réanimation à la naissance;
- La comparaison avec les séries internationales montre que les maisons de naissance implantées en France ont des résultats tout à fait comparables aux résultats des maisons de naissances implantées dans les pays à haut niveau de ressources, avec également des issues périnéales qui seraient même plus favorables (moins d'épistomies et de lésions sévères du périnée en France).

INTERPRÉTATION

L'analyse des critères d'éligibilité indique que les sages-femmes exerçant en maisons de naissance ont bien sélectionné des femmes à bas risque de complication obstétricale, comme le prévoient la réglementation et la législation.

Mais des recommandations françaises sur l'éligibilité des femmes pour accoucher en MDN seraient utiles pour limiter les interprétations de celles de la HAS.

L'analyse des transferts et de leurs issues suggère des transferts adaptés et une fréquence comparable aux études internationales. Les primipares étaient plus souvent transférées que les multipares (31 % vs. 7 %), ce qui est cohérent à la fois avec la littérature et avec les arguments cliniques (travail plus souvent plus long, première expérience des peurs et de la douleur obstétricale).

Il est intéressant de relever que contrairement à une idée largement répandue, la gestion de la douleur par moyens médicamenteux ne représentait pas ici le motif principal de transfert (29 % des motifs de transfert).

Bien que la fréquence et les issues de ces transferts soient encourageantes, des variations existaient entre les maisons de naissance (entre 5 % et 29 % - Figure 3).

Il est intéressant de relever que contrairement à une idée largement répandue, la gestion de la douleur par moyens médicamenteux ne représentait pas ici le motif principal de transfert.

Des recommandations qui définiraient les situations qui nécessitent des transferts pendant le travail ou après permettraient d'harmoniser les pratiques entre maisons de naissance, et de sécuriser davantage encore les parcours de soins des femmes et des nouveau-nés en facilitant la prise de décision par les sages-femmes. Ces recommandations n'existent pas en France à l'heure actuelle, mais les recommandations hollandaises ou anglaises pourraient être adaptées

En termes d'efficacité des soins, les résultats des maisons de naissance ont montré que très peu d'interventions y étaient réalisées pendant le travail ou l'accouchement, valorisant le fait que les sages-femmes exerçant dans ces structures s'inscrivent véritablement dans la philosophie de la salutogénèse (soins de prévention ayant pour objectif de renforcer la santé et de limiter les interventions et leur iatrogénie associée).

Les résultats de cette série nationale sont très encourageants, notamment concernant la voie d'accouchement avec 90,5 % de voies basses spontanées et seulement 3 % de césariennes. Rapportés au contexte actuel où l'on cherche à stabiliser le taux de césariennes en France et à le diminuer dans d'autres pays, ces résultats suggèrent que les maisons de naissance pourraient représenter une des composantes de la solution globale à apporter.

La sécurité des soins étudiée ici à partir de la comparaison avec d'autres séries en population, publiées au niveau international, indique des résultats encourageants. Cependant, elle reste limitée puisque seule une analyse comparant le groupe des femmes à bas risque dont l'accouchement est planifié en MDN à un groupe « contrôle » de femmes à bas risques (selon les mêmes critères) et accouchant en maternités permettra de répondre définitivement à cette question. Ce projet d'étude prospective a été formalisé et proposé à des appels à projets de recherche.

L'arrêté du 9 décembre 2016 a fixé les indicateurs que les maisons de naissance doivent transmettre aux ARS compétentes pour évaluer les effets de l'expérimentation. Ils sont à renseigner une première fois deux ans après l'ouverture de la maison de naissance, puis annuellement jusqu'en 2020 (année de fin d'expérimentation). Cependant, l'analyse détaillée des indicateurs demandés montre qu'ils ne permettent de dresser qu'un bilan de type « administratif » et pas d'évaluer la qualité ni la sécurité de soins prodigues en maisons de naissance. De même, ces indicateurs ne permettent pas de caractériser ni de valoriser la spécificité de la prise en charge des femmes et nouveau-nés en maisons de naissance, à savoir les soins de salutogénèse (soins de prévention favorisant le maintien de la santé et le bien-être, selon A. Antovosky).

C'est ainsi que sur les 22 critères à renseigner, 10 à 12 selon les experts, sont considérés comme des indicateurs de pratiques (dits processus selon Donabédian) et seuls 1 à 3 peuvent être considérés comme des indicateurs de santé (dits aussi de résultat), seuls indicateurs permettant d'évaluer la sécurité des soins dans ces structures. Enfin, aucun ne permet d'évaluer la salutogénèse.

De plus, dans ce contexte, la pertinence des indicateurs de santé classiquement utilisés en épidémiologie est limitée car ils sont basés pour partie sur des interventions liées à des états de santé défavorables qu'on ne retrouve pas en maisons de naissance. Ils sont donc caducs dans ce contexte. Encore certaines issues sont tellement rares, qu'il est extrêmement complexe d'en tirer des conclusions. Le défi à relever consiste donc à identifier des indicateurs adaptés et consensuels pour évaluer de façon rigoureuse la prise en charge et l'état de santé d'une population à bas risque de développer une morbidité.

Notre étude montre que les maisons de naissance françaises ont des résultats comparables et, en particulier, un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions.

CONCLUSION DES AUTEURS

À l'international, les maisons de naissance évaluées dans les pays à haut niveau de ressources ont démontré la sécurité et la salutogénèse des soins qui y sont prodigués. Notre étude montre que les maisons de naissance françaises ont des résultats comparables et, en particulier, un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions. Les indicateurs actuels ne permettent pas l'étude de la satisfaction des femmes et limitent l'étude de la salutogénèse.

Des travaux de recherche ayant pour objet de déterminer de nouveaux critères plus pertinents pour l'évaluation de la salutogénèse et de la sécurité des soins devraient être développés.

Pour statuer définitivement sur la sécurité des maisons de naissance, une étude épidémiologique prospective comparant femmes à bas risque accouchant en MDN versus en maternité doit être menée. Enfin, nous formulons une série de cinq préconisations pour optimiser davantage l'organisation des soins en maisons de naissance.

PRÉCONISATIONS DES AUTEURS

Pour optimiser davantage l'organisation des maisons de naissance et approfondir l'étude de la qualité des soins dans ces structures, le groupe de recherche formule **cinq préconisations** :

- ① Établir des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur les critères d'éligibilité des femmes pour un accouchement en maisons de naissance.
- ② Établir des recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur les critères de transferts des femmes et des nouveau-nés vers les maternités partenaires, que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement vers les maternités partenaires.
- ③ Ajuster les dispositions législatives et réglementaires pour permettre, à des fins de surveillance épidémiologique, d'enregistrer et d'identifier les accouchements en maisons de naissance dans les bases de données médico-administratives, soit dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
- ④ Définir à partir d'un processus méthodologique validé de consensus formalisé d'experts (DELPHI), les indicateurs qui permettront d'évaluer la salutogénèse et ses effets sur la santé des femmes et des nouveau-nés.
- ⑤ Stimuler et financer une étude épidémiologique en population, de type cohorte avec suivi à distance, qui comparerait des femmes à bas risques ayant accouché en maisons de naissance versus en maternité. Cette étude devrait évaluer cette comparaison globalement dans plusieurs domaines : efficacité des soins, sécurité des soins, aspects médico-économiques, étude qualitative sur la satisfaction des femmes et la satisfaction des soignants.

RÉFÉRENCES DU RAPPORT

Chantry AA, Sauvageain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F.
Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance. Analyse des données 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance. 2019 ; 60 pages.