

# Sécurité et qualité des accouchements assistés à domicile en France :

Analyse des données  
de l'année 2019

---



nov. 20

**ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DE  
L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ  
À DOMICILE**

Analyse et Rédaction : Stauffer-Obrecht Floriane  
Recueil de Données : Koenig Isabelle  
Statistique : Le Goualher Vincent

# Avant-propos

Comme annoncé dans son 1<sup>er</sup> rapport annuel<sup>1</sup> publié en septembre 2019, l'APAAD\* et les sages-femmes libérales la composant, rendent à nouveau publiques leurs données épidémiologiques en 2020. Il nous semble en effet essentiel de rendre visible la pratique de l'accouchement accompagné à domicile (AAD) au regard de la demande des usagers d'une part mais aussi du besoin de transparence et de collaboration entre la ville et l'hôpital d'autre part.

**En outre les résultats épidémiologiques émanant des pratiques extrahospitalières démontrent un grand intérêt pour la santé des femmes et des enfants tout en révélant la qualité des soins offerts par la profession sage-femme.**

Toutefois ce rapport ne se veut nullement corporatiste et est le reflet d'une pratique qui s'inscrit dans les politiques de santé publique actuelles et dans le respect des compétences et des rôles de chaque profession.

Les données analysées proviennent de la pratique de **65 sages-femmes libérales françaises pratiquant les AAD** durant l'année 2019 sur 27425 sages-femmes référencées par le Conseil National de l'ordre des sages-femmes<sup>2</sup>. Tous les territoires de métropole sont représentés. Nous n'avons pas de données provenant des DROM.

Ils représentent au total **1298 femmes suivies en vue d'un AAD** dont 1081 ont effectivement débuté le travail à domicile et 910 ont effectivement accouché chez elles en 2019 sans nécessité de transfert ni pendant ni après l'accouchement. **Cela représente 0,14% des naissances en France** pour cette année<sup>3</sup>.

**1298 femmes suivies en 2019**  
**Analyser la sécurité – Etayer la qualité**

---

<sup>1</sup> [L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À DOMICILE : Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile - Etat des lieux 2018 ; sept 2019](#)

<sup>2</sup> <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>

<sup>3</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618> « 753000 bébés sont nés en France en 2019 tous lieux confondus »

Les objectifs de cette année étaient :

- Analyser la morbi-mortalité maternelle et néonatale, dans le cadre de l'AAD, en 2019
- Consolider les résultats obtenus l'année précédente
- Analyser les pratiques cliniques des sages-femmes pouvant être à l'origine de ces résultats

### ***\*Qu'est-ce que l'APAAD ?***

L'Association Professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD) est une association qui vise à réunir les sages-femmes de France exerçant cette pratique, ainsi que les personnes partageant les mêmes buts.

La mission de l'APAAD consiste à offrir un leadership et à défendre les intérêts de la profession de sage-femme dans le cadre de l'accompagnement des naissances à domicile, en tant que profession autonome, réglementée et financée par l'État. L'APAAD favorise le développement de ce champ de compétences (formation, travaux de recherches, communication...), rendu particulier par sa rareté sur notre territoire, dans l'intérêt public et apporte le point de vue des sages-femmes dans le contexte de la politique nationale de la santé.

La vision de l'APAAD est que la pratique sage-femme est une pratique fondamentale dans les services de santé maternelle et infantile et que toutes les personnes en France doivent pouvoir avoir accès aux soins d'une sage-femme pour elles-mêmes et pour leur bébé, si elles désirent que la naissance se passe à domicile.

|   |           |
|---|-----------|
| Table des matières  |           |
| <b>Avant-propos</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>Recueil de données</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>Population</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>Critères d'évaluation</b> .....  | <b>5</b>  |
| <b>Analyse des données</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>Biais de l'étude</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>SÉCURITÉ DES NAISSANCES À DOMICILE EN 2019</b> .....                                   | <b>7</b>  |
| <b>Suivi de grossesse : profils et orientation des femmes</b> .....                       | <b>8</b>  |
| <b>Les femmes suivies</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>Transferts anténataux</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>Indicateurs périnataux de morbi-mortalité</b> .....                                    | <b>9</b>  |
| <b>Indicateurs concernant les 1ers et 2<sup>nd</sup> phases du travail</b> .....          | <b>9</b>  |
| <b>Les transferts per partum</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>Indicateurs concernant la 3<sup>ème</sup> phase du travail</b> .....                   | <b>12</b> |
| <b>Transfert de la mère en post partum immédiat</b> .....                                 | <b>12</b> |
| <b>Nouveau-né</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>Transfert de l'enfant en post partum immédiat</b> .....                                | <b>13</b> |
| <b>Période néonatale et mois post-partum de la mère</b> .....                             | <b>14</b> |
| <b>COMPARATIF 2018 – 2019</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>ANALYSE DES PRATIQUES CLINIQUES AYANT CONDUIT À CES RÉSULTATS</b> .....                | <b>17</b> |
| <b>Orientation des femmes par les sages-femmes</b> .....                                  | <b>17</b> |
| .....   | <b>18</b> |
| <b>FOCUS SUR L'AVAC : ces accouchements sont-ils éligibles à l'AAD ?</b> .....            | <b>18</b> |
| <b>Modalités d'accompagnement</b> .....   | <b>18</b> |
| <b>Gestion de la douleur</b> .....  | <b>18</b> |
| <b>Naissance dans l'eau</b> .....   | <b>19</b> |
| <b>Choix posturaux</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>Pratiques des Sages-Femmes</b> .....   | <b>20</b> |
| <b>Méthodes de surveillance de l'accouchement et de ses suites immédiates</b> .....       | <b>21</b> |
| <b>FOCUS SUR la gestion physiologique de la délivrance en population bas risque</b> ..... | <b>23</b> |
| <b>Organisation</b> .....   | <b>24</b> |
| <b>CONTEXTUALISATION</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>CONCLUSION</b> .....   | <b>28</b> |

# Méthodologie

## Recueil de données

Comme en 2018, nous avons utilisé un formulaire standardisé et anonymisé avec saisie prospective par les sages-femmes participantes, tout au long de l'année civile. Il a été mis à disposition des sages-femmes en début d'année via un outil informatique. Des relances mensuelles par courriel ont été effectuées.

A chaque questionnaire la sage-femme attestait sur l'honneur recenser tous ces dossiers quel qu'en soit l'issue. En dehors des champs de « commentaire » tous les items sont à réponse obligatoire afin d'éviter les données manquantes.

Pour 2019, nous avons enrichi ce formulaire afin de pouvoir analyser la qualité des soins en plus de leur sécurité et de comprendre, comment les sages-femmes libérales arrivent aux résultats présentés. En effet l'année passée, nous avons émis des hypothèses que nous voulions vérifier factuellement. Nous avons également ajouté des items sur l'issue des accouchements des femmes transférées durant le travail, afin d'analyser l'impact et la pertinence de ces transferts.

## Population

Toutes les femmes suivies par la sage-femme en vue d'un AAD prévu entre le 01/01/2019 et le 31/12/2019, devaient être enregistrées. Cela y compris si leur suivi a dû être stoppé en cours de grossesse afin d'analyser de façon plus complète les critères de sélection des sages-femmes. Quel que soit l'issue de la naissance, les sages-femmes se sont engagées à saisir l'ensemble de leurs dossiers 2019. Les femmes ayant accouché inopinément à domicile alors que l'accouchement était prévu en maternité ont été exclues.

## Critères d'évaluation

Nous avons à nouveau recueilli les indicateurs consensuels<sup>4</sup> permettant d'analyser la sécurité des soins au regard de la morbi-mortalité néonatale et maternelle. C'est en effet l'objectif premier de nos rapports annuels. Les critères de sélection ont été analysés également, au regard de ceux définis par la HAS<sup>5</sup>. Nous avons adjoint des critères cliniques et qualitatifs pour entrevoir les modalités de suivi.

---

<sup>4</sup> EUROPERISTAT, 2013, « [Euro-Peristat Recommended Indicators](#) »

<sup>5</sup> HAS, « [Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse](#) », 2016

**Tableau 1 : Indicateurs recueillis**

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Profil des femmes</b>         | Age, parité, antécédents médicaux, classification HAS   |
| <b>Sécurité</b>                  |   |
| 1er et 2nd stade du travail      | Durée des 2 phases et de l'expulsion, présentation fœtale, modalité de début de travail, durée d'ouverture de l'œuf, aspect du liquide amniotique, état périnéal et réalisation d'épisiotomie   |
| 3eme stade du travail            | Durée de la phase, modalité de délivrance, quantité des pertes sanguines  |
| Enfants                          | État à la naissance, Apgar à 1-5-10 minutes de vie, réanimation, poids, alimentation  |
| <b>Pratiques sages-femmes</b>    | Méthodes d'accompagnement de la douleur, positions d'accouchement, naissance dans l'eau, type de surveillance fœtale, nombre de touchers vaginaux, type de rupture de la poche des eaux, hands off / hands on, gestion de la délivrance |
| <b>Organisation sages-femmes</b> | Distances patient/sage-femme et patient/hôpital, nombre de sages-femmes présentes lors de l'expulsion, présence au moment de l'expulsion, durée de la surveillance  |
| <b>Transferts</b>                | Causes anténatales, per partum, postpartum immédiat mère et bébé, re hospitalisation de la 1ère semaine de vie, issues des transferts, pourcentage de césarienne  |

## Analyse des données

Les données recueillies par l'APAAD ont été analysées et testées avec le logiciel libre R (version : 3.6.3) et son environnement de développement RStudio (version : 1.2.5042), sur une distribution Linux Mint 19.3. Le rapport complet sur les statistiques est disponible sur demande. Afin d'assurer la reproductibilité des résultats qui ont pu être obtenus dans le cadre de cette étude, l'APAAD met également à disposition ses données anonymisées et le code source de l'analyse.

Les critères relatifs à la sélection des femmes ont été évalués sur la population totale ayant entrepris un suivi en vue d'un AAD. Les critères relatifs à l'accouchement et ses suites ont été évalués sur la population de femmes ayant effectivement débuté le travail à domicile pour plus de pertinence.

Tous les auteurs ont participé à la stratégie d'étude. I.K a rédigé, diffusé et suivi le recueil de données. Les analyses et tests statistiques ont ensuite été effectués par V.L. F.S a enfin analysé les résultats et discuté leurs implications sur la santé des femmes et enfants et la qualité des soins. Nous avons choisi que les données chiffrées soient analysées par un professionnel non-sage-femme et extérieur de l'association en la personne de V.L pour garantir l'indépendance de ces résultats.

## Biais de l'étude

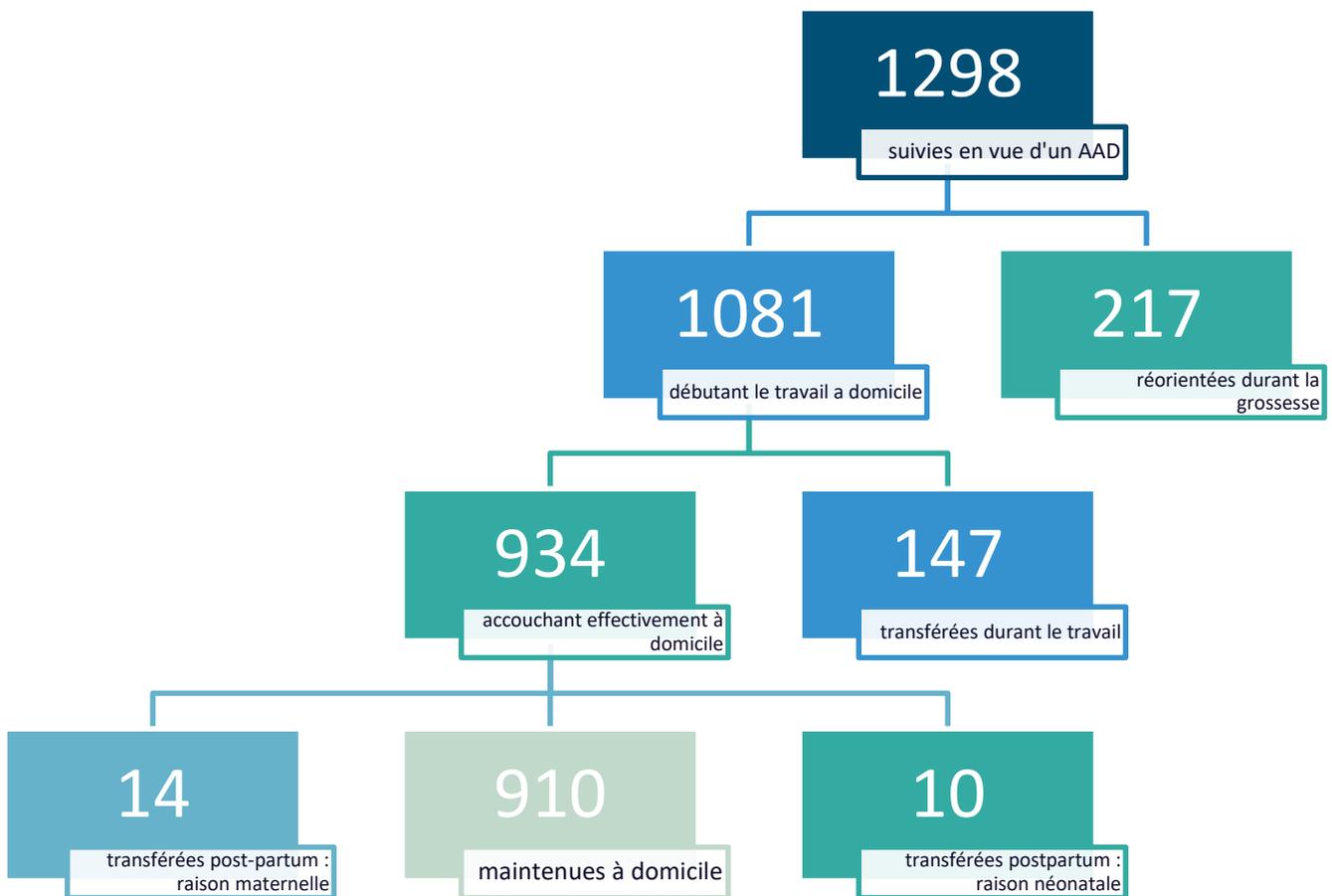
Cette étude est une étude déclarative. L'exhaustivité du recueil de données ne peut être vérifiée car il repose sur le volontariat et la conscience professionnelle des sages-femmes. Chaque participant-e s'est engagé-e par écrit à respecter les critères d'inclusion et à saisir l'ensemble de ses dossiers 2019 sans sélection.

Ce rapport s'appuie sur les données de 65 sages-femmes exerçant en France en 2019. Aussi, les données consolidées ne représentent pas l'ensemble de la pratique des différents professionnel-le-s français, estimé à 88. Toutefois avec 1298 dossiers saisis, l'étude représente un échantillon épidémiologique pertinent.

# SÉCURITÉ DES NAISSANCES À DOMICILE EN 2019

En 2019, 1298 femmes ont entrepris un suivi prénatal auprès d'une sage-femme libérale afin de planifier un accouchement à domicile. Parmi elles, 223 ont été orientées vers une maternité pour raison médicale (20.30%).

1081 ont donc débuté le travail à domicile, dont 934 (88.67%) y ont effectivement accouché, contre 147 (11.33%) qui ont dû être transférées en cours de travail. 14 femmes et 10 bébés ont dû être transférés dans le post-partum immédiat.



## Suivi de grossesse : profils et orientation des femmes

### Les femmes suivies

**L'âge moyen des femmes suivies en vue d'un AAD est de 32.41 ans** [16 – 45 ; ET= 4,46]<sup>6</sup>. Un tiers d'entre elles (414 – 31,9%) avaient plus de 35ans. Pour 36,21% (470) il s'agissait du premier accouchement et près de 5% (63) sont de grandes multipares<sup>7</sup>. Nous observons que 95,8% (1242) des femmes ont accouché entre 37 et 41sa.

Si l'on reprend la classification HAS<sup>8</sup> **81,43% (1057) des femmes dépendaient d'un suivi A et ne présentaient aucun antécédent ni complication de la grossesse**. Pour 12,79% (166) un avis médical était conseillé et a été pris dans le cadre d'un suivi de type A1, pour 4,39% (57) l'avis d'un gynécologue était nécessaire dans le cadre d'un avis A2 et enfin pour 1,39% (18) un suivi régulier par un obstétricien était recommandé dans le cadre d'un suivi B.

### Transferts anténataux

Nous constatons que 16,72% (217) des femmes suivies en vue d'un AAD ont dû être réorientées en anténatal. Le motif principal est la non mise en travail – soit dans le cadre d'une grossesse prolongée, soit dans celui d'une rupture de la poche des eaux.

| Tableau 2 : causes des transferts anténataux             |     |   |   |
|--|-----|---|---|
|  | n   | % parmi les femmes ayant accouché à l'hôpital après transfert | % au sein de l'ensemble de notre population |
| <b>Autre</b>   | 123 | 55,2  | 9,5   |
| <b>Grossesse prolongée</b>                               | 38  | 17,0  | 2,9   |
| <b>Rupture de la poche des eaux sans mise en travail</b> | 24  | 10,8  | 1,8   |
| <b>Accouchement prématuré</b>                            | 15  | 6,7   | 1,2   |
| <b>Hypertension</b>                                      | 7   | 3,1   | 0,5   |
| <b>Portage streptocoque B</b>                            | 6   | 2,7   | 0,5   |
| <b>Diabète déséquilibré</b>                              | 4   | 1,8   | 0,3   |
| <b>NA</b>  | 6   | --  | --  |

Plus de la moitié des femmes ont été transférées durant la grossesse pour des motifs très variés ne permettant pas d'en extraire des pourcentages (retard de croissance intra-utérin, cholestase gravidique, prééclampsie, thrombopénie, diverses malformations fœtales...). 22,34 % des primipares ont fait l'objet d'un transfert anténatal, contre 13,53% des multipares.

<sup>6</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390> L'âge moyen des mères en 2019 était de 30.7 ans

<sup>7</sup> Pour la HAS : Femmes ayant accouché 5 fois et plus

<sup>8</sup> HAS, 2016, RBP : « [Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées](#) »

Nous précisons que pour les 6 cas de transfert pour portage de streptocoque B, la décision a été prise car il était associé à un autre facteur et principalement une rupture prématurée des membranes. En effet ce seul élément ne contre-indique nullement la naissance à domicile.

D'après nos tests statistiques : **L'âge de la mère ne semble pas être significativement lié au transfert anténatal** [p-value = 0,29234] **alors que la parité a une influence claire sur le transfert anténatal** [p-value = 0,00859] - plus la parité est élevée, moins la probabilité de transfert est importante [RR = 1.65 et IC95% = (1,3 - 2,1)].

## Indicateurs périnataux de morbi-mortalité

### Indicateurs concernant les 1ers et 2<sup>nd</sup> phases du travail

Tous les fœtus – sauf 2 qui ont fait l'objet d'un transfert per partum pour siège – se présentaient en position céphalique. Nous remarquons que 5,64% (61) des fœtus était en position occipito-sacrée dont 22 ont dû être transférés en per partum. Cette présentation augmentait donc significativement le taux de transfert per partum [RR 2,5 IC95% = (1,73 – 3,61) ; p-value = 0,00001395 -IC95%]<sup>9</sup>.

Dans 89.2% (n=964) des accouchements, la durée d'ouverture de l'œuf a été de moins de 12h. Parmi ces enfants, 80 sont nés alors que les membranes étaient encore intactes.

| Tableau 3 : ouverture de l'œuf                          |     |      |
|---|-----|------|
|   | n   | %    |
| <b>Inférieur à 12h</b>                                  | 964 | 89.2 |
| Dont Rupture de la poche des eaux à dilatation complète | 194 | 20,8 |
| Dont enfants nés à membranes intactes                   | 80  | 8,6  |
| <b>Entre 12 et 24h</b>                                  | 78  | 8,4  |
| <b>Supérieur à 24h</b>                                  | 39  | 4,2  |

**Pour 92,41% (999) des naissances le liquide amniotique était clair.** Dans les autres cas, nous constatons que la présence de liquide teinté lors de l'accouchement conduit les sages-femmes à transférer les soins de façon significativement plus fréquente [RR 2,4 IC95% = (1,66 – 3,4) ; p-value = 0,00002175 – IC95%].

**65,95% des femmes (616) avaient un périnée intact** à l'issue de la naissance. Une épisiotomie n'a été nécessaire que pour 3 femmes (0,32%) dans les 3 cas pour « sauvetage fœtal »<sup>10</sup>. Une seule déchirure du 3<sup>ème</sup> degré a été référencée.

<sup>9</sup> La littérature sur des populations hospitalières retrouve le même pronostic prédictif négatif de ces présentations. **Maillys Long. Facteurs prédictifs de rotation des variétés postérieures en occipito-sacré. Gynécologie et obstétrique. 2015. ffdumas-01218581f**

<sup>10</sup> Selon [l'enquête périnatale nationale](#) il est de 20% en population générale.

Tableau 4 : état périnéal

|                               | n   | %    |
|-------------------------------|-----|------|
| Intact                        | 616 | 66,0 |
| Déchirure du 1er degré        | 253 | 27,1 |
| Déchirure du 2nd degré        | 61  | 6,5  |
| Déchirure complète            | 1   | 0,1  |
| Déchirure complète compliquée | -   | -    |
| Épisiotomie                   | 3   | 0,3  |

30,5% des primipares (126) présentaient une lésion périnéale contre 29% (194) des multipares. Nous observons que la parité augmentant, le risque de lésions périnéales est significativement réduit [p-value = 0.0000000000007033 – IC95%]. **Les primipares sont plus à risque de lésions périnéales dans notre population** [RR 1,76 – IC95% = (0.61 - 0.8)]. Le poids du bébé ne semble pas avoir de conséquence statistiquement significative sur l'état périnéal des femmes de notre population [p-value = 0.0002229 – IC95%].

### Les transferts per partum

**13,6% des femmes (147) ont dû être transférées durant le travail.** Si nous distinguons en fonction de la parité nous retrouvons **4,7% des multipares (34/716) contre 31,2% des primipares (114/365) qui ont dû être transférées en cours de travail.** Nous notons que le risque relatif de transfert chez les primipares est de 5,86 [IC95% = 4,06 – 8,45]. Nous avons souhaité savoir si d'autres facteurs cliniques influençaient ce taux. Ce n'est le cas ni pour l'âge maternel [p-value = 0,6590 – IC95%], ni pour le poids foetal [p-value = 0,4927 – IC95%]. **Nous avons alors étudié si la distance avec la maternité influençait les sages-femmes dans la décision de transfert. Nos tests ne retrouvent pas de lien significatif entre ces deux variables [p-value = 0,9249 – IC95%].**

Tableau 5 : cause de transfert per partum

|                                     | n  | % parmi les femmes ayant accouché à l'hôpital après transfert | % au sein de l'ensemble de notre population |
|-------------------------------------|----|---|---|
| Non progression de la dilatation    | 74 | 51,7  | 6,8   |
| Non progression de la présentation  | 19 | 13,3  | 1,8   |
| Désir d'analgésie péridurale        | 15 | 10,5  | 1,4   |
| Autre                               | 11 | 7,7   | 1,0   |
| Liquide amniotique teinté           | 9  | 6,3   | 0,8   |
| Anomalie du rythme cardiaque foetal | 5  | 3,5   | 0,5   |
| Sage-Femme indisponible             | 5  | 3,5   | 0,5   |
| Présentation dystocique             | 4  | 2,8   | 0,4   |
| Epuisement maternel                 | 3  | 2,1   | 0,3   |
| NA                                  | 2  | 1,4   | 0,2   |

**Comme en 2018, la cause principale est la non-progression de la dilatation,** suivie de la non-progression de la présentation. Les causes potentiellement urgentes **représentent 0,46% des cas.** 4 transferts ont nécessité une intervention du SAMU et 2 celle des pompiers.

À la suite du transfert, 62,58% des femmes (92) ont bénéficié d'une analgésie péridurale pour le soulagement de la douleur contre 12,92% (n=19) qui ont maintenu leur souhait de non-analgésie. Les autres ont bénéficié de

l'utilisation de protoxyde d'azote (n=5), d'une rachianesthésie (n=7) ou d'une anesthésie générale (n=2) dans le cadre de césarienne d'urgence.

16,8% d'entre elles (n=24) ont dû bénéficier d'une extraction instrumentale et la même proportion d'une césarienne pour permettre la naissance de leur enfant. **Rapporté à l'ensemble de la population ayant débuté le travail à domicile, le taux de césarienne est donc de 2,2% soit largement en deçà des taux standards<sup>11</sup>, le taux d'extraction instrumentale est de 2,2% et le taux d'analgésie péridurale de 8,5%.**

Tableau 6 : issues maternelles suite au transfert per partum

|                                     | n  | % parmi les femmes ayant accouché à l'hôpital après transfert | % au sein de l'ensemble de notre population |
|-------------------------------------|----|---|---|
| <b>Analgésie durant l'expulsion</b> |    |   |   |
| Analgésie péridurale                | 92 | 64,3  | 8,5   |
| Aucune                              | 19 | 13,3  | 1,8   |
| Rachianesthésie                     | 7  | 4,9   | 0,6   |
| Protoxyde d'azote                   | 5  | 3,5   | 0,5   |
| AG                                  | 2  | 1,4   | 0,2   |
| <b>Modalité accouchement</b>        |    |   |   |
| AVB                                 | 91 | 63,6  | 8,4   |
| Aide instrumentale                  | 24 | 16,8  | 2,2   |
| Césarienne                          | 24 | 16,8  | 2,2   |
| NA                                  | 8  | 5,6   | 0,7   |

**96,6% (n=139) des bébés nés à l'hôpital après transfert ont eu une adaptation physiologique à la vie extra-utérine.** Parmi ces bébés nés en maternité, 2,8% (n=4) ont nécessité une réanimation. Pour 3 d'entre eux il s'agissait d'un transfert pour non progression avec altération du rythme cardiaque fœtal et pour un autre d'un transfert pour liquide amniotique teinté. **Rapporté à l'ensemble des femmes ayant débuté le travail à domicile, le taux d'enfants nécessitant une réanimation néonatale est donc de 0,4%.**

Tableau 7 : issues néonatales suite au transfert per partum

|  | n   | % parmi les bébés nés à l'hôpital après transfert | % au sein de l'ensemble de notre population |
|--|-----|---|---|
| <b>Réanimation néonatale</b>                           | 4   | 2,8   | 0,4   |
| <b>Adaptation physiologique à la vie extra-utérine</b> | 139 | 97,2  | 12,9  |

Une femme a été transférée car à l'auscultation cardiaque fœtale initiale lors de l'arrivée des sages-femmes, aucun bruit du cœur n'a été retrouvé. A l'arrivée à la maternité une mort foetale in utero a été diagnostiquée. L'autopsie a été refusée par la famille, la seule cause supposée cliniquement est la présence d'un circulaire du cordon très serré.

<sup>11</sup> La "Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne" considère que le taux de césarienne idéale ne doit pas excéder 10%.

## Indicateurs concernant la 3<sup>ème</sup> phase du travail

Dans **98,29% des naissances (918) la délivrance placentaire a été normale et complète**, et ce – comme en 2018 – pour un taux de gestion active de cette phase<sup>12</sup> de 0,54% (5). 9 femmes ont présenté une délivrance incomplète et pour 7 femmes une délivrance artificielle a été nécessaire.

Une hémorragie du post partum (HPP) - définie comme des pertes sanguines de plus de 500ml - a été observée dans 4,71% des cas (44). Pour **1.01% des femmes (10) il s'agissait d'une hémorragie sévère**. Ce qui est deux fois moins que le taux standard d'HPP sévères retrouvées dans les recommandations de bonne pratique<sup>13</sup>. Nous avons étudié les variables qui sont liées à une augmentation des HPP pour notre population :

- Le poids de l'enfant [p-value = 0,01261 - IC95%] et la primiparité [RR 2,7 IC95% = (1,52 - 4,79) ; p-value=0,01814 - IC95%] sont statistiquement liés à la survenue d'une hémorragie. Nous constatons ainsi que 0,6% des multipares (4) contre 1,44% des primipares (6) ont présenté une HPP sévère.
- L'âge maternel [p-value =0,90532 - IC95%], le délai entre la naissance et la délivrance [p-value =0,29041 - IC95%] et la durée d'expulsion [p-value =0 ,78793 - IC95%] ne sont en revanche pas liés statistiquement.

## Transfert de la mère en post partum immédiat

Quatorze femmes ont dû être transférées dans le post-partum immédiat principalement pour des causes en lien avec une anomalie de la délivrance.

Tableau 8 : cause de transfert maternel postpartum immédiat

| Causes                           | n  | %     |
|----------------------------------|----|-------|
| <b>Hémorragie du post partum</b> | 11 | 1,2   |
| <b>Complications périnéales</b>  | 1  | > 0,1 |
| <b>Polype rectal extériorisé</b> | 1  | > 0,1 |
| <b>Rétention placentaire</b>     | 1  | > 0,1 |

**Ni l'âge de la mère, ni le poids de l'enfant, ni la durée des efforts expulsifs ou la parité n'influencent significativement la probabilité de transfert post-partum maternel** [p-value = 1 pour les 4 indicateurs]. Le faible nombre de transferts post-partum maternels dans l'échantillon étudié (14) invite néanmoins à accueillir ces conclusions avec réserve.

<sup>12</sup> Le CNGOF la définit comme l'administration préventive de 5 à 10UI d'ocytocine en IV ou IM au moment du dégagement de l'épaule postérieure ou dans les minutes suivants la naissance.

<sup>13</sup> Selon le [CNGOF les HPP](#) sévère concernent 2% des femmes et les HPP simples 5 à 10%.

## Nouveau-né

Le poids moyen des nouveau-nés est de **3461,73g** [2160 – 4800 ; ET 423.02].

Tous les enfants nés à domicile (n=934) étaient vivants et aucun décès n'a été observé dans la période néonatale. **99,46% des enfants (929) présentaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 à 5 minutes** de vie<sup>14</sup> et 99,79% (932) à 10 min de vie. Le score d'Apgar n'est pas significativement lié au poids de naissance [p-value =0,37873 - IC95%] ni à la parité de la mère [p-value = 0,35093 - IC95%] pour notre population. Au contraire plus la durée d'expulsion augmente, plus le risque d'avoir un score d'Apgar < 7 [p-value = 0,04796 - IC95%] est significativement augmenté.

**10 nouveau-nés ont présenté une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine nécessitant des gestes de réanimation.** Pour 8 d'entre d'eux l'algorithme<sup>15</sup> de réanimation n'a pas dépassé l'étape de la ventilation alors que 2 des enfants ont nécessité un massage cardiaque et intubation avant d'être transféré par le SAMU en réanimation. Ces derniers sont sortis d'hospitalisation à 1 semaine de vie et ne présentent, à ce jour, aucune séquelle.

**99,68% des enfants (931) sont exclusivement allaités** par leur mère.

## Transfert de l'enfant en post partum immédiat

10 enfants ont dû être transférés dans le post-partum immédiat, principalement en raison d'une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine. Aucune variable ne permet de retrouver de facteur de risques statistiquement significatif pour les transferts post-partum.

Tableau 9 : cause de transfert postpartum immédiat pour l'enfant

|   |   |
|---|---|
| Détresse respiratoire   | 4 |
| Anomalies de l'examen de naissance nécessitant une évaluation           | 2 |
| Surveillance néonatale suite à une réanimation chez un enfant stabilisé | 1 |
| Stridor   | 1 |
| Hypotrophie < 2,5kg   | 1 |
| AVC   | 1 |

<sup>14</sup> Selon l'Enquête Périnatale Nationale 2016, ce taux est de 1.2% en population générale

<sup>15</sup> ILCOR, 2015, « International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations »

## Période néonatale et mois post-partum de la mère

Douze femmes (1,1%) ont été hospitalisées dans les 8 jours suivants l'accouchement :

- Quatre d'entre elles pour endométrite
- Trois pour surveillance à la suite d'une HPP
- Deux pour hémorragie secondaire
- Une pour thrombus vaginal
- Une pour péritonite

Dix-neuf enfants (1,75%) ont été hospitalisés dans les 8 premiers jours de vie :

- Huit pour suspicion d'infection materno-fœtale
- Sept pour déshydratation
- Trois pour Ictère
- Un pour malformation détectée à l'examen clinique

Nous ne recensons aucun transfert au-delà des 8 jours post-accouchement.

# COMPARATIF 2018 – 2019

Un des objectifs du présent rapport était de confirmer les données et conclusions du rapport sur les AAD de 2018. **Nos populations étant de petits effectifs au regard de la population générale, il nous faut évaluer dans le temps la variation des indicateurs et notamment pour les événements rares et graves.**

Tableau 10 : Comparatif des indicateurs 2018 - 2019

|  | APAAD 2018 | APAAD 2019 | Test comparatif |
|--|------------|------------|-----------------|
| <b>Effectifs</b>                                 | 913        | 1081       |                 |
| <b>Morbidité maternelle</b>                      |            |            |                 |
|  | %          | %          | p-value         |
| <b>État périnéal</b>                             |            |            |                 |
| Intact   | 64,5%      | 66%        | 0,5132          |
| Déchirure simple (degré 1 et 2)                  | 33,7%      | 33,6%      | 1               |
| Déchirure complète                               | 0%         | 0,1%       | -               |
| Déchirure complète compliquée                    | 0,2%       | 0%         | -               |
| Épisiotomie                                      | 0,3%       | 0,3%       | -               |
| <b>Délivrance</b>                                |            |            |                 |
| Administration prophylactique d'ocytocine        | 0,4%       | 0,5%       | -               |
| Complète   | 96,6%      | 98,3%      | 0,02213         |
| Incomplète                                       | 0,8%       | 0,8%       | 1               |
| Artificielle                                     | 1,6%       | 0,6%       | 0,05059         |
| <b>Hémorragie du post-partum</b>                 |            |            |                 |
| HPP sévère > 1000ml                              | 0,5%       | 1%         | 0,3102          |
| <b>Mortalité maternelle</b>                      | 0%         | 0%         | -               |
| <b>Morbidité néonatale</b>                       |            |            |                 |
| <b>État de l'enfant</b>                          |            |            |                 |
| Vivant   | 100%       | 100%       | -               |
| Mort-né  | 0%         | 0%         | -               |
| <b>Décès néonatal</b>                            | 0%         | 0%         | -               |
| <b>Score Apgar à 5 minutes</b>                   |            |            |                 |
| < 7  | 0%         | 0,4%       | -               |
| <b>Alimentation bébé</b>                         |            |            |                 |
| Maternel   | 97,4%      | 99,5%      | 0,0002107       |
| <b>Indicateurs transferts</b>                    |            |            |                 |
| <b>Transferts per partum</b>                     | 12,7%      | 13,6%      | 0,5993          |
| <b>Transferts postpartum immédiats maternels</b> | 2,6%       | 1,3%       | 0,05054         |
| <b>Transferts postpartum immédiats bébé</b>      | 0,7%       | 0,9%       | -               |

Les tests d'égalité de proportions effectués - ou la simple comparaison des proportions observées lorsque les conditions d'application ne sont pas réunies - invitent à penser que les indicateurs étudiés ont été stables entre les années 2019 et 2020.

2 indicateurs ont évolué de manière positive en termes de santé publique : la proportion d'allaitement maternel et celle de délivrance naturelle complète :

- Les proportions relevées suggèrent que l'allaitement maternel a été significativement plus souvent choisi comme mode d'alimentation.
- Concernant la délivrance les tests laissent penser que la délivrance naturelle a été significativement plus fréquente. En regard nous observons une diminution du recours à la délivrance artificielle qui – si elle n'est pas statistiquement significative [p-value 0,05054 - IC95%] – a pourtant une p-value très proche du seuil de 5%.

Il nous faudra vraisemblablement encore plusieurs années pour obtenir des comparatifs probants mais ce premier comparatif est encourageant.

# ANALYSE DES PRATIQUES CLINIQUES AYANT CONDUIT À CES RÉSULTATS

Comme annoncé, nous avons ajouté au formulaire 2019 des items permettant de comprendre et évaluer les pratiques des sages-femmes libérales françaises dans le cadre des suivis d'accouchements à domicile.

## Orientation des femmes par les sages-femmes

Nous indiquions plus haut qu'**un tiers des femmes suivies en vue d'un AAD ont été réorientées à un moment de la grossesse ou de l'accouchement**. Pour la majorité d'entre elles (16,72% n=217) celui-ci a eu lieu en anténatal entre la 8<sup>ème</sup> et la 42<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée, démontrant la constante réévaluation clinique par les sages-femmes.

**Une autre large part des transferts (13,6% n=147) a eu lieu en per partum, de façon non urgente laissant penser à une réelle anticipation des praticiennes afin de prévenir les complications graves et urgentes**. Cela tend à être confirmé par le fait que :

\_seul 4 transferts per partum ont nécessité le recours au SAMU

\_seul 1,3% des enfants de mères ayant débuté le travail à domicile (n=14) – qu'elles aient accouché à domicile ou à l'hôpital à la suite d'un transfert per partum – ont dû être réanimés. Aucun ne présente de séquelles à notre connaissance.

\_ les taux de transferts en post-partum sont très faibles avec 1,29% pour les mères (n=14) et 0,92% (n=10) pour les nouveau-nés.

**La primiparité augmente le risque de transfert à toutes les étapes de la grossesse et de l'accouchement :**

- Transfert anténatal : RR = 1.65 et IC95%(RR) = [1.3;2.1]
- Transfert per partum : RR = 5.86 et IC95%(RR) = [4.06;8.45]
- Transfert post-partum maternel : RR = 3.23 et IC95%(RR) = [1.2;8.68]
- Transfert néonatal : RR = 1.76 et IC95%(RR) = [0.62;4.99]

Cependant les différences d'incidence d'enfant avec un score d'Apgar inférieur à 7 et de transferts néonataux sont non significatives. Les taux globaux des complications pour la mère (HPP sévère, lésion périnéale...) restent comparables aux valeurs habituellement rapportées. **Aussi nous pensons qu'il est recevable d'accepter les femmes primipares pour un suivi en vue d'un AAD.**

**Ni l'âge de la mère, ni le poids foetal n'ont d'incidence sur le risque de transfert pour la mère ou l'enfant quelque-soit l'étape de l'accouchement et du post-partum étudiée. Il ne semble donc pas être des critères de sélection fiables.**

## FOCUS SUR L'AVAC : ces accouchements sont-ils éligibles à l'AAD ?

20 femmes avec utérus cicatriciel ont été suivies en vue d'un AAD en 2019. 18 ont effectivement débuté le travail à domicile dans le cadre d'un accouchement voie basse après césarienne (AVAC). A l'international, l'acceptation de l'AVAC est très disparate d'un pays à l'autre. La France ne disposant pas de normes sur l'AAD aucun positionnement officiel n'existe sur cette question.

15 de ces parturientes ont effectivement accouché à domicile. Tous les nouveau-nés ont présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Une des femmes a présenté une HPP sévère. Les 3 femmes transférées durant le travail l'ont été pour cause de stagnation de la dilatation cervicale (2) ou de la présentation (1).

Notre effectif est bien trop faible pour que nous puissions conclure, mais précisons que les tests statistiques ne retrouvent pas de lien :

- Entre l'AVAC et le taux de transfert [p-value = 0,4361 - IC95%]
- Entre l'AVAC et le taux d'hémorragie de la délivrance [p-value = 1 - IC95%]

## Modalités d'accompagnement

### Gestion de la douleur

L'accouchement à domicile ne permet pas le recours à des analgésiques médicamenteux pour soulager les douleurs liées à l'enfantement. Cela fait généralement partie des choix et désirs des femmes sollicitant une sage-femme libérale pour un AAD. Ces praticien-ne-s ont donc développé différents outils et compétences afin de soutenir les femmes qui en ont besoin, durant l'enfantement.

**Dans notre enquête nous observons que 60% des femmes (n=650) ont géré les douleurs liées à l'accouchement en totale autonomie pour au moins une partie du travail.** Cela laisse supposer l'importance et la qualité de la préparation de ces femmes que ce soit avec leur sage-femme, un-e autre professionnel-le ou par elles-mêmes. 71% des femmes (n=768) ont couplé différentes méthodes de soulagement.

Tableau 11 : Méthodes de soulagement de la douleur

|   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>La mobilisation</b>                        | 583 | 54   |
| <b>L'immersion dans l'eau</b>                 | 469 | 43,4 |
| <b>Les sons (vocalises ou chant)</b>          | 457 | 42,3 |
| <b>Les massages</b>                           | 442 | 40,9 |
| <b>L'homéopathie</b>                          | 192 | 17,8 |
| <b>L'autonomie durant tout l'accouchement</b> | 136 | 12,6 |
| <b>La sophrologie et/ou l'hypnose</b>         | 47  | 4,3  |
| <b>L'acupuncture</b>                          | 28  | 2,6  |

**1,4% des femmes (15) ayant débuté le travail à domicile ont sollicité un transfert pour APD et en tout ce sont 8% de ces femmes (92) qui ont utilisé une analgésie si nous comptabilisons les femmes transférées durant le travail.** Les 2/3 des femmes transférées durant le travail ont dû ou voulu y recourir. Ce taux si faible d'analgésie peut s'expliquer – en plus de la motivation des femmes - par le fait que **toutes ont pu être accompagnées par des méthodes alternatives si elles le souhaitaient** contrairement aux femmes souhaitant accoucher sans péridurale à l'hôpital<sup>16</sup>.

## Naissance dans l'eau

L'utilisation de l'immersion dans l'eau durant l'accouchement est très fréquente en AAD, principalement à des fins antalgiques qui est le seul effet positif démontré par l'EBM<sup>17</sup>. 22.81% des femmes (213) de notre série ont accouché dans l'eau. Cette pratique étant peu analysée dans la littérature nous avons souhaité observer si elle influence l'issue de l'accouchement. Pour la population étudiée :

- Il n'y a pas de lien entre l'état du périnée et la naissance dans l'eau [p-value = 0,1828]
- Toutes les femmes ayant accouché dans l'eau ont eu une délivrance naturelle et complète<sup>18</sup>
- Il n'y a pas d'augmentation significative des pertes sanguines et donc des HPP pour les femmes accouchant dans l'eau [p-value = 1]
- Les enfants nés dans l'eau n'ont pas nécessité de recours plus fréquent à des gestes de réanimation [p-value = 1].

Cela justifie d'autant plus son utilisation dans les lieux de naissance non médicalisés.

## Choix posturaux

**Le respect du choix de la position semble largement respecté pour notre population avec 8 catégories de positions retrouvées.** Nous notons que pour 6% des femmes (57) la position a changé de 1 à 4 fois durant la phase expulsive. **Ces adaptations posturales y compris durant l'expulsion sont bien connues des sages-femmes pratiquant les AAD et sont même recommandées si la femme en ressent le besoin afin d'éviter les dystocias du dégagement de la présentation ou des épaules.**

Tableau 12 : Positions d'accouchement

|                                       | n   | %    |
|---------------------------------------|-----|------|
| <b>A genoux - quatre pattes</b>       | 461 | 49,4 |
| <b>Accroupie</b>                      | 106 | 11,3 |
| <b>Décubitus latéral</b>              | 104 | 11,1 |
| <b>Assise</b>                         | 94  | 10,1 |
| <b>Debout</b>                         | 69  | 7,4  |
| <b>Semi-assise</b>                    | 57  | 6,1  |
| <b>Décubitus dorsal jambes libres</b> | 27  | 2,9  |
| <b>Position gynécologique</b>         | 16  | 1,7  |

<sup>16</sup> Selon l'EPN 2016 seule 35.5% ont pu bénéficier d'une méthode non médicamenteuse de gestion de la douleur.

<sup>17</sup> Cluett ER, Burns E, Cuthbert A, « [Immersion dans l'eau durant l'accouchement](#) » 2018, Cochrane

<sup>18</sup> Le Test statistique n'est pas applicable ici, les conditions du test du  $\chi^2$  d'indépendance ne sont pas satisfaites

D'après les tests effectués la position d'accouchement n'a pas eu d'influence significative sur l'état du périnée [p-value = 0.147]. Par contre elle semble modifier la durée des efforts expulsifs [p-value = 0,0017]. **La position gynécologique augmente significativement le délai de l'expulsion avec une durée médiane de 25 minutes contre 10 pour les autres positions.** Le nombre d'individus est toutefois très inférieur aux effectifs des autres groupes de position.

Tableau 13 : durée de la phase expulsive selon la position de la femme

|  | Effectifs | Médiane (minutes) | Moyenne (minutes) |
|--|-----------|-------------------|-------------------|
| <b>Décubitus latéral / dorsal libre<sup>19</sup></b> | 131       | 10                | 13.50382          |
| <b>Accroupie</b>                                     | 106       | 10                | 16.02             |
| <b>À genoux / À quatre pattes</b>                    | 461       | 10                | 17.48             |
| <b>Assise / Semi-assise</b>                          | 151       | 13                | 19.7              |
| <b>Debout</b>  | 69        | 10                | 25.30             |
| <b>Position gynécologique</b>                        | 16        | 25                | 28.18             |

## Pratiques des Sages-Femmes

Tableau 14 : Pratiques sages-femmes en AAD

|                                      | n    | %     |
|--------------------------------------|------|-------|
| <b>Mise en travail</b>               |      |       |
| Spontanée                            | 1015 | 93,89 |
| Méthode naturelle d'induction        | 66   | 6,11  |
| <b>Poche des eaux</b>                |      |       |
| Rupture spontanée                    | 1019 | 94,26 |
| Rupture artificielle                 | 62   | 5,74  |
| <b>Touchers vaginaux</b>             |      |       |
| Aucun                                | 367  | 33,95 |
| <b>Surveillance fœtale</b>           |      |       |
| Aucune                               | 210  | 19,4  |
| Auscultation intermittente           | 702  | 64,9  |
| Monitoring continu                   | 15   | 1,4   |
| Combinaison des 2 méthodes           | 153  | 14,2  |
| <b>Prevention lésions périnéales</b> |      |       |
|                                      | -    |       |
| Hands-off                            | 808  | 86,5  |
| <b>Délivrance</b>                    |      |       |
| Gestion physiologique                | 929  | 99,5  |
| Gestion active                       | 5    | 0,5   |
| Clampage tardif du cordon            | 920  | 98,5  |
| Clampage après la délivrance         | 448  | 48,0  |

<sup>19</sup> Dans ce groupe 113 femmes étaient en position décubitus latéral (DL) strict mais 18 était dans une position libre plus proche d'un décubitus dorsal. Celles-ci sont traitées avec les positions DL et non les positions gynécologiques car la femme avait la possibilité de mouvements/balancement et les jambes libres, contrairement à la position gynécologique qui contraint à l'immobilité du bassin.

## Méthodes de surveillance de l'accouchement et de ses suites immédiates

### Respect de la dynamique obstétricale et du rythme de chaque femme

**L'entrée en travail s'est faite spontanément pour 94%** (1015) des femmes. La mise en travail de 6% (66) des femmes a été considérée induite par la sage-femme – principalement du fait d'un terme atteint ou d'une rupture prolongée des membranes sans mise en travail<sup>20</sup> – par des méthodes naturelles tel que le décollement du pôle inférieur de l'œuf, l'acupuncture ou l'homéopathie<sup>21</sup>.

La **poche des eaux s'est rompue spontanément dans 94.26%** (1019) **des accouchements**. Elle a été artificielle pour 5,74% (62). Ces 62 femmes ont présenté une durée de travail moyenne de 23,27 heures [4 – 84 ; ET 16,91], nous supposons donc, que comme le recommande l'HAS<sup>22</sup>, l'amniotomie a été pratiquée afin de régulariser la dynamique obstétricale.

**Il semble donc qu'en dehors d'éléments cliniques le justifiant les sages-femmes pratiquant les AAD n'interfèrent pas sur la dynamique obstétricale.** Pour autant la durée moyenne de la phase de latence pour notre population était de 6,79 heures [0 – 72 ; EP 8,18] et celle de la phase active de 3.8 heures [0 – 23 ; ET 3,23] toute parité confondue. Leurs pratiques sont en cohérence avec les recommandations du collège national des sages-femmes<sup>23</sup> qui a redéfini les différentes phases du travail et a été le 1er en France à se positionner contre l'hyper interventionnisme durant le travail.

De façon plus générale, nous constatons que malgré l'interventionnisme minimal des sages-femmes, les durées des différentes phases de l'accouchement correspondent aux standards consensuels voire sont plus courtes.

Tableau 15 : durées moyennes des différentes phases de l'accouchement en AAD

|                               | Bornes        | Moyenne et écarts types |          |
|-------------------------------|---------------|-------------------------|----------|
| <b>Durée du travail,</b>      |               |                         |          |
| Phase de latence              | 0h – 72h      | 6,79h                   | ET 8,18  |
| Phase active                  | 0h – 23h      | 3,8h                    | ET 3,23  |
| <b>Durée expulsion fœtale</b> |               |                         |          |
|                               | 0min – 300min | 17,88 min               | ET 21,67 |
| <b>Durée de la délivrance</b> |               |                         |          |
|                               | 0min – 390min | 27,58min                | ET 28,39 |

### Surveillance de l'évolution du travail

**33,95% des femmes (367) n'ont eu aucun toucher vaginal durant le travail et le nombre moyen de TV pour un accouchement est de 1,67** [0-15 ; ET = 1,91]. Les sages-femmes ne prenant en charge qu'une femme à la fois, peuvent observer l'avancée du travail, sa dynamique et son bon déroulement par des éléments cliniques globaux. Ceux-ci reposent entre autres sur des observations visuelles (modification du bassin, déplacement du sacrum,

<sup>20</sup> Ceci est en accord avec les recommandations HAS 2008 « [Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée](#) ». Les méthodes alternatives entrant dans les champs de compétence sage-femme et le suivi de l'accouchement post-terme ou avec rupture prolongée des membranes également

<sup>21</sup> En dehors des méthodes médicamenteuses ou nécessitant le recours à un DMS, seul le décollement du pôle inférieur de l'œuf est actuellement reconnue par la littérature scientifique (reco HAS cf ci-dessus)

<sup>22</sup> HAS, 2018, RBP « [Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales](#) »

<sup>23</sup> CNSF ; RPC pour l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané ; fev 2017

apparition d'une ligne violette inter fessière, glaire typique sanglante de fin de dilatation, bombement du périnée...) olfactives, sonores (vocalises typiques des différentes phases et notamment de l'engagement du mobile fœtal ou de l'expulsion) et comportementales (modification de l'état de conscience, déplacements et postures typiques des différentes phases du travail...)²⁴.

### Surveillance fœtale

**L'auscultation intermittente a été utilisée pour 64,94% des AAD (n=702).** Dans 19,43% des naissances (n=210) aucune auscultation n'a été faite soit car la naissance avait eu lieu avant l'arrivée de la sage-femme, soit elle a eu lieu quelques minutes après son arrivée. Enfin 1,39% (n=15) ont eu une surveillance cardiotocographique continue et 14,15% (n=153) ont bénéficié des 2 méthodes en alternance²⁵. Nous n'avons pas interrogé les sages-femmes sur les détails de la méthode d'auscultation intermittente qu'elles pratiquent²⁶. **Pour notre population il n'y a pas de lien statistiquement significatif [p-value = 0.1668] entre la méthode d'auscultation et le risque pour l'enfant de présenter un score d'Appgar à 1min < 7.**

### Expulsion fœtale

**La durée moyenne de l'expulsion est de 17,88 minutes [0 – 300 ; ET 21,67].** 86% des femmes (804) ont eu une phase expulsive de 30 minutes ou moins. Le coefficient de corrélation linéaire proche de 0 et la représentation des données disponibles suggèrent une absence de lien entre cette variable et le poids de l'enfant. **L'analyse de variance indique une interaction statistiquement significative entre la position d'accouchement et la durée d'expulsion [p-value = 0.001768].**

### Prévention des lésions périnéales

Outre le choix de la position, **nous observons que 86,51% des femmes (808) ont pu bénéficier de la pratique hands off.** Celle-ci consiste à laisser la femme gérer elle-même et selon ses ressentis la phase expulsive sans aucune intervention (toucher, manœuvre...) sur son périnée ou le mobile fœtal. D'après nos tests cette pratique n'influence pas significativement l'état du périnée à l'issue de l'accouchement [p-value = 0.00004683]. Elle permet à la femme autonomie et respect de son intimité. Une étude plus approfondie sur la satisfaction des femmes et les bénéfices de cette pratique serait souhaitable. 56% des enfants (523) sont spontanément nés en 2 temps²⁷ et 30,51% (285) en 1 temps, ce qui a pu être observé par le hands-off.

Alors que **le recours à l'épisiotomie est plus de 60 fois moins fréquent qu'en population générale,** l'état périnéal des femmes de cette population d'étude est plus favorable. **Dans son ensemble, seules 10% des femmes (n=109) ont nécessité une suture périnéale**²⁸. Concernant les soins périnéaux nous observons que la cicatrisation naturelle est très utilisée pour les lésions du 1<sup>er</sup> degré avec seulement 21,57% de ces femmes ayant été suturées. Pour les lésions du 2<sup>nd</sup> degré ce sont en revanche 80,33% des femmes qui ont eu une suture. Les sages-femmes quand elles ne procèdent pas à la réfection de lésions périnéales préconisent des soins locaux et du repos allongé. Ces soins mériteraient d'être évalués quant au devenir des femmes en ayant bénéficié. A ce jour la Cochrane ne

---

²⁴ La littérature française ne décrit pas cet art. Les 2 principales références sont: **Anne fry, « Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice », 1998** **Davis et Elizabeth Davis « Heart & Hands. A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth » 2012.**

²⁵ Dans certains cas - et notamment en cas de transfert – la sage-femme a placé un monitoring continu après une surveillance discontinuée sur signes d'appels

²⁶ Selon la HAS, [dans les RCP sur l'accouchement normal](#), L'auscultation Intermittente est utilisable si la disponibilité de la sage-femme est permanente (un praticien par parturiente en cas d'AI).

²⁷ La naissance en 2 temps correspond à la naissance de la tête suivie d'une pause des contractions durant laquelle le fœtus effectue lui-même la rotation des épaules puis de la naissance du corps à la reprise des contractions. La pause ne doit pas excéder 4min afin d'assurer une bonne oxygénation du fœtus.

²⁸ selon [l'enquête périnatale nationale](#) le taux d'épisiotomie en France en 2016 est de 20% en population générale et

retrouve pas dans la littérature disponible de différence significative entre les 2 méthodes pour les lésions périnéales de degré 1 et 2.<sup>29</sup>

### Gestion de la délivrance

La **durée moyenne de la délivrance est de 27,58 minutes** [0 – 390 ; ET 28,39] ce qui est en accord avec les recommandations scientifiques<sup>30</sup>.

**La gestion active de délivrance est très peu utilisée (0,54%) par les sages-femmes libérales**, contrairement aux recommandations nationales<sup>31</sup>. Cette pratique est recommandée par toutes les instances sans distinction de lieu de naissance ou de facteurs de risques. Le taux d'hémorragie de la délivrance est pourtant inférieur dans notre population à celui de la population générale. A travers le monde comme en France, la gestion physiologique de la 3ème phase du travail est la norme – en l'absence de facteurs de risques - dans la pratique sage-femme autonome<sup>32</sup> (Maison de naissance et AAD).

### **FOCUS SUR LA GESTION PHYSIOLOGIQUE DE LA DELIVRANCE EN POPULATION BAS RISQUE**

Cette pratique est très peu étudiée mais certains travaux sur des populations extrahospitalières tendent à la valider et semblent confirmer que la prise en charge naturelle de la délivrance est la plus recommandée lors d'une naissance physiologique à domicile en l'absence de facteur de risque.

- Une étude rétrospective du « New Zealand College of Midwives »<sup>33</sup> réalisé auprès de 16 210 femmes à faible risque de perte sanguine > 1 000ml retrouvait que, peu importe le lieu planifié d'accouchement, la prise en charge active a été associée à un risque accru de perte sanguine > 1 000 ml en comparaison à la gestion physiologique (RRA : 2,12 ; IC à 95 % 1,39 à 3,22).
- Une autre étude toujours en Nouvelle Zélande<sup>34</sup> retrouvait que les femmes qui ont eu une délivrance dirigée avaient un risque plus élevé de saigner plus de 500 ml, le risque était augmenté de 2.761 avec une délivrance dirigée. La délivrance artificielle du placenta était plus probable dans le cas de la délivrance dirigée (0.7% en cas de délivrance dirigée, 0.2% en cas de délivrance naturelle, P<0.0001).
- Une étude de cohorte australienne<sup>35</sup> comparant les résultats dans un service de maternité d'un hôpital de soins tertiaires avec ceux d'un centre de naissance à proximité dirigé par des sages-femmes, a constaté que l'incidence de perte sanguine ≥ 500ml pour les femmes à faible risque d'HPP était supérieure à l'hôpital (11,2 %) qu'au centre dirigé par les sages-femmes (2,8 %). Cette étude suggère que les « soins psychophysiologiques holistiques » au troisième stade du travail sont sans danger pour les femmes à faible risque d'hémorragie post-partum. La « gestion active » a été associée à une augmentation de sept à huit fois des taux d'hémorragie post-partum pour ce groupe de femmes. Une évaluation observationnelle prospective plus poussée serait utile pour tester cette association.

Ces données tendent à confirmer la pertinence du choix des sages-femmes françaises de recourir à la gestion physiologique de la délivrance plutôt qu'à la gestion active, pour les femmes à bas risque accouchant à domicile.

<sup>29</sup> Cochrane « [Comparaison de la réparation chirurgicale à la prise en charge non chirurgicale de déchirures périnéales spontanées](#) » 2013

<sup>30</sup> Le CNGOF [dans les RCP de 2014](#) recommande qu'en cas de non-délivrance spontanée une délivrance artificielle soit effectuée dans les 30 à 60 minutes suivant la naissance.

<sup>31</sup> CNGOF, RCP « [les hémorragies du post partum](#) », 2014 et HAS « [Hémorragies du post-partum immédiat](#) », 2004

<sup>32</sup> Pratique en maison de naissance et accouchement à domicile

<sup>33</sup> Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Anderson J, et al. Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor. Birth. 2012 Jun;39(2):98–105.

<sup>34</sup> Outcomes of physiological and active third stage labour care amongst women in New Zealand. Midwifery 29 (2013) 67-74. L. Dixon, S. K. Tracy, K. Guilliland, C. Hendry, S. Pairman

<sup>35</sup> Fahy K, Hastie C, Bisits A, Marsh C, Smith L, Saxton A. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: a cohort study. Women and Birth. 2010 Dec;23(4):146–5

Un autre élément marquant est la gestion des cas d'HPP. Sachant que 44 femmes ont présenté une HPP, mais que 11 seulement ont dû être transférées, cela nous montre que celle-ci a pu être réduite à domicile par la sage-femme pour les trois quarts d'entre elles, sans recourir à une hospitalisation.

Dans 98,51% des naissances (920) le clampage tardif du cordon a été pratiqué comme le recommande l'OMS<sup>36</sup>. Pour 47,97% des naissances (448) le clampage a eu lieu après la délivrance du placenta.

## Organisation

Les sages-femmes libérales françaises ont accompagné en moyenne 18.5 naissances chacune [1 – 89 ; ET 19,14].

### Présence sage-femme au moment de l'expulsion fœtale

Pour 15,2% des naissances (n=142) la sage-femme n'était pas encore arrivée au moment de l'expulsion. **D'après les tests effectués, plus la distance entre le domicile de la famille et la sage-femme augmente et plus la probabilité que celle-ci soit présente au moment de la naissance<sup>37</sup> diminue.** De même plus la parité augmente, plus cette probabilité diminue [RR 0,27 IC95% = (0,16-0,47) - p-value = 0.0001442 IC95%]. Notons toutefois que pour les femmes ayant accouché avant l'arrivée de la sage-femme, la durée moyenne du travail actif est de 1,7 heures.

### Distance sage-femme/femme et hôpital/femme

Les études concernant la distance optimale entre la parturiente et un plateau technique sont très rares mais la notion de 45km se retrouve en France<sup>38</sup> comme dans les normes professionnelles de certains pays ayant officialisé l'AAD bien que les analyses ne semblent pas démontrer une mortalité globale plus élevée chez les femmes résident loin d'une maternité.

La **distance moyenne entre le domicile de la mère et la maternité est de 19,57km** [1-78 ; ET=12,98] et 5,44% des familles (n=34) résident à plus de 45km d'un hôpital. Parmi ces familles aucune femme n'a nécessité de transfert et 1 seul nouveau-né a dû être transféré pour surveillance à la suite d'une détresse respiratoire transitoire les 10 premières minutes de vie. La distance n'a pas impacté le devenir de ce nouveau-né dont l'état avait été stabilisé par la sage-femme ayant accompagné l'accouchement.

Dans notre population la distance moyenne entre le domicile de la mère et celui de la sage-femme est de 42,28km [1-369 ; ET=36.96]. Nous observons que 35,18% résident à plus de 45km de leur sage-femme. Sachant que le risque que la femme accouche sans sage-femme se retrouve pour des femmes avec une durée moyenne de travail de 1.7h, il pourrait être souhaitable que les professionnelles se limitent à des déplacements de 1h à 1h30. **Nous observons également les distances importantes parcourues par certaines sages-femmes, avec un extrême à 369km démontrant le manque de professionnel-le-s proposant d'accompagner les AAD.**

<sup>36</sup> OMS, « [Clampage tardif du cordon ombilical pour réduire l'anémie infantile](#) », 2014

<sup>37</sup> La p-value est élevée [0.0008805] mais l'estimation du coefficient associée à la variable distance mère/sage-femme est proche de zéro. Cela signifie que la distance entre la mère et la sage-femme diminue très peu la probabilité de présence de la sage-femme lors de l'accouchement

<sup>38</sup> Hugo Pilkington et coll. « Where does distance matter ? Distance to the closest maternity unit and risk of fetal and neonatal mortality in France. » 2014

Durée de la surveillance et nombre de professionnels présents :

**Les sages-femmes restent avec leur patiente en moyenne 6,23h [0-40 ; ET=4,13].** Nous n'avons pas de données distinguant la phase per-partum de la phase post-partum.

Dans **82,3% des naissances (n=772) la sage-femme était seule pour assurer le suivi de l'accouchement et de ses suites.** Dans 15,46% (n=145) il y avait 2 sages-femmes et dans 2,24% (n=21) une seconde sage-femme était prévue mais n'a pas eu le temps d'arriver. Nous avons vu pour les distances femmes/sages-femmes le manque de professionnels. **Il serait intéressant de savoir si les sages-femmes françaises sont la plupart du temps seules par choix ou par manque de collègues pratiquant l'AAD.** Nous n'avons pas interrogé les praticien-ne-s sur la présence ou non d'une doula ou d'un-e autre accompagnant professionnel-le, mais il serait également intéressant d'étudier les organisations pluriprofessionnelles.

# CONTEXTUALISATION

Cette année, nous n'avons pas jugé pertinent d'effectuer une nouvelle analyse comparative avec la population générale. D'une part les 2 bases de données comparatives utilisées l'année dernière n'ont pas été actualisées. D'autre part nos propres données et les tests qui leur ont été appliqués suggèrent une stabilité des indicateurs. **Nous rappelons qu'en 2019 l'étude réalisée ne retrouvait pas de surrisque chez les femmes à bas risque accouchant à domicile accompagnée d'une sage-femme diplômée d'état<sup>39</sup>.** Pour un certain nombre d'indicateurs elle laissait même penser qu'il pourrait y avoir un bénéfice en termes de morbi-mortalité maternelle et infantile.

Pour ce rapport, nous trouvons toutefois intéressant de présenter nos résultats en regard de ceux des maisons de naissance<sup>40</sup> et des hôpitaux français<sup>41 42</sup> afin que chacun puisse les situer dans le paysage périnatal hexagonal.

Figure 16 : Comparatif des principaux indicateurs entre les différents lieux de naissance en France

|   | Naissances extrahospitalières                     |                            | Naissances Hospitalières |   |
|---|---|----------------------------|--------------------------|---|
|   | APAAD 2019 : accouchements accompagnés à domicile | Maison De Naissance France | EPN 2016 : toutes femmes | AUDIPOG : femmes a bas risque exclusivement |
| Effectifs                                 | 1081  | 649                        | 12270                    | 6224  |
| <b>Morbidité maternelle</b>               |   |                            |                          |   |
| <b>État périnéal</b>                      |   |                            |                          |   |
| Intact                                    | 66%   | 48.7%                      | 27.9%                    | 31.5%                                       |
| Déchirure simple (degré 1 et 2)           | 33.6%   | 47.7%                      | 51.3%                    | 36.7%                                       |
| Déchirure complète                        | 0.1%  | 0.7%                       |                          |   |
| Déchirure complète et compliquée          | 0%  |                            | 0.8%                     | 0.9%  |
| Épisiotomie                               | 0.3%  | 3.3%                       | 20.1%                    | 31.9%                                       |
| <b>Délivrance</b>                         |   |                            |                          |   |
| Administration prophylactique d'ocytocine | 0.5%  | 31%                        | 92.7%                    | 47.3%                                       |
| Complète                                  | 98.3%   |                            |                          |   |
| Incomplète                                | 0.8%  |                            |                          |   |
| Artificielle                              | 0.6%  |                            |                          | 10.4%                                       |
| <b>Hémorragie du post-partum</b>          |   |                            |                          |   |
| HPP sévère > 1000ml                       | 1%  | 1.4%                       | 1.8%                     | 3.1%  |
| <b>Mortalité maternelle</b>               | 0%  | 0%                         | 0.01% <sup>43</sup>      |   |

<sup>39</sup> Nous précisons car un mouvement récent de femmes, se définissant comme des « sages-femmes traditionnelles » ou des « sages-femmes quantiques », est en développement sur le territoire afin d'accompagner les naissances à domicile. Notre rapport étudie exclusivement les accompagnements par des sages-femmes ayant un titre officiel reconnu par l'état et l'ordre des sages-femmes.

<sup>40</sup> Le [rapport sur les maisons de naissance](#) étudie la santé des mères et des enfants nés en 2018 au sein des 7 maisons de naissances expérimentales françaises

<sup>41</sup> La dernière [Enquête Nationale Périnatale](#) date de 2016. Elle concerne la santé des mères et des enfants, pour des naissances hospitalières, tous niveaux de risques confondus

<sup>42</sup> [L'association AUDIPOG](#) a pour but de promouvoir l'utilisation d'un "dossier périnatal commun" et l'informatisation des maternités. Grâce à la création d'un dossier informatisé commun elle dispose d'une large base de données. Elle nous a fourni en 2018 une base de données – la même que pour l'étude des maisons de naissance - pour les femmes à bas risque accouchant à l'hôpital. Cette base de données n'a pas été revue.

<sup>43</sup> Données issues de l'[Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles 2017](#) car non disponible dans l'EPN

| Morbidity néonatale            |              |       |                     |       |
|--------------------------------|--------------|-------|---------------------|-------|
| <b>État de l'enfant</b>        |              |       |                     |       |
| Vivant                         | <b>100%</b>  | 99.8% | //                  | //    |
| Mort-né                        | <b>0%</b>    | 0%    | //                  | //    |
| Décès néonatal                 | <b>0%</b>    | 0.2%  | 0.24% <sup>44</sup> | 0%    |
| <b>Score Apgar à 5 minutes</b> |              |       |                     |       |
| < 7                            | <b>0.4%</b>  | 0.3%  | 1.2%                | 0.5%  |
| <b>Alimentation néonatale</b>  |              |       |                     |       |
| Maternel                       | <b>99.5%</b> | 99.2% | 52.2%               | 62.1% |

| Tableau 17 : Comparatifs des indicateurs transferts entre les différents lieux de naissance en France |   |                            |                            |   |
|---|---|----------------------------|----------------------------|---|
|   | Accouchements extrahospitaliers                   |                            | Accouchements hospitaliers |   |
|   | APAAD 2019 : accouchements accompagnés à domicile | Maison De Naissance France | EPN 2016 : toutes femmes   | AUDIPOG : femmes a bas risque exclusivement |
| Effectifs   | <b>1081</b>                                       | 649                        | 12270                      | 6224  |
| <b>Indicateurs transferts</b>   |   |                            |                            |   |
| Transferts anténataux   | <b>16.7%</b>                                      | 24%                        |                            |   |
| Transferts per partum   | <b>13.6%</b>                                      | 22%                        |                            | 17.8%                                       |
| Transferts postpartum immédiats maternels   | <b>1.3%</b>                                       | 6.1%                       |                            |   |
| Transferts postpartum immédiats néonataux   | <b>0.9%</b>                                       | 2.2%                       |                            | 2.2%  |
| <b>Indicateurs incluant l'issue des femmes transférées durant le travail</b>                          |   |                            |                            |   |
| Effectifs   | <b>1081</b>                                       |                            |                            |   |
| <b>Analgésie durant l'expulsion</b>   |   |                            |                            |   |
| Aucune  | <b>90.7%</b>                                      | //                         | 14.8%                      | 29.1%                                       |
| Analgésie péridurale  | <b>8.5%</b>                                       | //                         | 72.1%                      | 65%   |
| Rachianesthésie   | <b>0.6%</b>                                       | //                         | 11.7%                      | 3%  |
| AG  | <b>0.2%</b>                                       | //                         | 1.2%                       | 0.5%  |
| <b>Modalité accouchement</b>  |   |                            |                            |   |
| AVB   | <b>94,80%</b>                                     | 90.5%                      | 67.4%                      | 83.5%                                       |
| Aide instrumentale  | <b>3%</b>   | 6.5%                       | 12.2%                      | 10.4%                                       |
| Césarienne  | <b>2.2%</b>                                       | 3%                         | 20.4%                      | 5.8%  |

Nous prévoyons une nouvelle étude comparative lorsque des données plus récentes seront disponibles pour la population générale et que notre base de données AAD aura été étoffée par les saisies de plusieurs années. Pour cela nous travaillons à une collaboration avec une équipe de chercheurs indépendants.

<sup>44</sup> Données issues de l'INSERM

# CONCLUSION

Pour la seconde année consécutive, les sages-femmes de notre association démontrent la sécurité de l'accouchement à domicile et ce, malgré l'absence de recommandations de bonnes pratiques et d'organisation territoriale.

En plus de retrouver une morbidité et une mortalité correspondant au standard de santé publique, le présent rapport atteste du faible interventionnisme des professionnels et du respect des projets de naissances et du choix des femmes.

Pendant de nombreuses années, les soignants et instances françaises pouvaient douter de la transposition à notre pays des données internationales rassurantes. Nos résultats depuis 2 ans, nous permettent d'affirmer de manière étayée qu'il est raisonnable de proposer ce type d'accouchement dans notre pays sans mettre en danger ni les familles, ni les professionnel-le-s

Plus généralement, l'étude sur les pratiques alternatives des sages-femmes nous montre qu'elles sont sûres et améliorent la qualité des soins en étant plus proche des revendications actuelles des femmes. Elles mériteraient donc des études approfondies et ciblées sur chacune d'entre elles (délivrance physiologique, hands off, absence de suture...). Ces éléments devraient également permettre d'accélérer le déploiement de services alternatifs de sages-femmes comme les maisons de naissance, les espaces physiologiques, les plateaux techniques et les accouchements à domicile.

## REMERCIEMENTS

Un immense merci aux sages-femmes françaises qui accompagnent les naissances à domicile dans notre pays malgré le contexte coercitif et qui prennent le temps de recenser les naissances qu'elles accompagnent pour en permettre l'évaluation.

Un grand merci également aux familles qui acceptent que leurs données soient étudiées et participent ainsi à faire avancer la reconnaissance de cette pratique.

Merci aux syndicats professionnels - l'ONSSF et l'UNSSF - mais aussi à l'association nationale des sages-femmes libérales - ANSFL - et au collège national des sages-femmes - CNSF - de reconnaître et défendre le droit des femmes à enfanter comme et où elles le souhaitent en bénéficiant de l'accompagnement d'un-e professionnel-le qualifié-e.

De façon plus large, merci à tous nos soutiens - gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes, hommes et femmes politiques, associations d'usagers... - pour qui les choix des familles doivent être au centre de l'offre de soin, indépendamment des croyances personnelles des uns et des autres et des divers corporatismes.