



Apaad

Accouchements accompagnés à domicile en 2020 en France : Evolution et clés pour la pratique

29 octobre

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DE L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNE A DOMICILE

Créé par : *Stauffer-Obrecht Floriane et Koenig Isabelle*
avec la relecture de l'ensemble du CA de l'association

Avant-Propos

L'année 2020 a été marquée par la crise sanitaire du COVID 19. La 1^{ère} vague notamment a dégradé les conditions de travail des sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile (AAD) tout comme elle l'a fait pour les hôpitaux. Elle a nécessité des aménagements rapides et inédits. Dans certaines régions la pratique a été suspendue pendant quelques semaines du fait de la surcharge de travail dans les SAMU et services d'urgence.

Nous avons, en parallèle, constaté une augmentation considérable de la demande, à laquelle notre petit nombre de sages-femmes n'a pas permis de répondre. Au-delà du manque d'effectifs, nous avons été confrontés à une population nouvelle où plus que d'habitude l'évaluation de la motivation des couples et la pertinence d'un AAD était à interroger. Nous avons enfin dû faire face à des familles vivant des conditions très anxiogènes, ce qui nous le savons bien, impacte le bon déroulement des grossesses et des naissances.

*Ce sont donc 1503 femmes qui ont été suivies en vue d'un AAD en 2020
soit une augmentation de 16%*

Une année marquée par le COVID tant en terme de demandes que de résultats

Mais après une année 2020 difficile, c'est aussi avec une note d'espoir que nous rédigeons ce rapport. Celle de voir qu'enfin un cadre officiel soit donné aux Accouchements Accompagnés à Domicile. Nous avons rencontré la *Fédération Française des Réseaux de Santé Périnataux* (FFRSP) en novembre 2019 pour leur présenter nos travaux et solliciter une concertation nationale sur la question de l'AAD. Si 2020 ne nous a pas permis d'avancer, début avril 2021 la 1^{ère} réunion de concertation a pu avoir lieu avec toutes les sociétés savantes, ordre et associations professionnelles et usagers, parties prenantes. Les travaux devraient débuter cet automne avec un rendu espéré pour le 1^{er} semestre 2022.

Cela est d'autant plus attendu que le nombre de couples se tournant vers des accouchements non assistés (ANA) augmentent lui aussi considérablement, la plupart du temps en raison de l'absence de sage-femme disponible pour 1 AAD. De meilleures conditions de travail devraient permettre de disposer d'une offre plus en adéquation avec les besoins de la population française. (CF le sondage IFOP de janvier 2021 qui révèle qu'un tiers de la population féminine pourrait choisir l'AAD : <https://cutt.ly/dRliCnl>)

Les résultats présentés dans le présent rapport nous montrent une nouvelle fois, le besoin et la pertinence de l'offre AAD en France, mais aussi le besoin d'organisation interdisciplinaire notamment autour de la gestion des risques rares mais graves.

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 les 2 années précédentes
- Analyser les pratiques cliniques des sage-femmes pouvant être à l'origine de ces résultats

TABLE DES ACRONYMES :

LAT Liquide Amniotique Teinté
DNC. Délivrance Naturelle Complète
DNI Délivrance Naturelle Incomplète
DDC Délivrance Dirigée Complète
DDI Délivrance Dirigée Incomplète

Qu'est-ce que l'APAAD ?

L'Association Professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD) est une association qui vise à réunir les sage-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 sage-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.

1. Méthodologie

1.1 Recueil des données

Comme chaque année 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 ses dossiers quelle qu'en soit l'issue. En dehors des champs de « commentaire » tous les items sont à réponse obligatoire afin d'éviter les données manquantes.

1.2 Population

Toutes les femmes suivies par la sage-femme en vue d'un AAD prévu entre le 01/01/2020 et le 31/12/2020, 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. Quelle que soit l'issue de la naissance, les sage-femmes se sont engagées à saisir l'ensemble de leurs dossiers 2020. Les femmes ayant accouché inopinément à domicile alors que l'accouchement était prévu en maternité ont été exclues.

1.3 Critères d'évaluation

Nous avons à nouveau recueilli les indicateurs consensuels¹ 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 HAS². Nous avons adjoint des critères cliniques et qualitatifs pour entrevoir les modalités de suivi.

Tableau 1 : Indicateurs recueillis	
Profil des femmes	Age, parité, antécédents médicaux, classification HAS
Sécurité	
1er et 2nd stade du travail	Durée des 2 phases et de l'expulsion, présentation foetale, 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
Pratiques sage-femmes	Méthodes d'accompagnement de la douleur, positions d'accouchement, naissance dans l'eau, type de surveillance foetale, nombre de touchers vaginaux, type de rupture de la poche des eaux, hands off / hands on, gestion de la délivrance
Organisation sage-femmes	Distances patiente/sage-femme et patiente/hôpital, nombre de sages-femmes présentes lors de l'expulsion, présence au moment de l'expulsion, durée de la surveillance
Transferts	Causes anténatales, per partum, postpartum immédiat mère et bébé, re hospitalisation de la 1ère semaine de vie, issues des transferts, pourcentage de césariennes

¹ EUROPERISTAT, 2013, « [Euro-Peristat Recommended Indicators](#) »

² HAS, « [Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse](#) », 2016

1.4 Analyse des données

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 des données. Les analyses et tests statistiques ont ensuite été effectués par F.S. Elle a également analysé les résultats et discuté leurs implications sur la santé des femmes et enfants et la qualité des soins. Pour les tests statistiques (Risque relatif et Khi²) l'indice de confiance était de 95%.

1.5 Biais du rapport

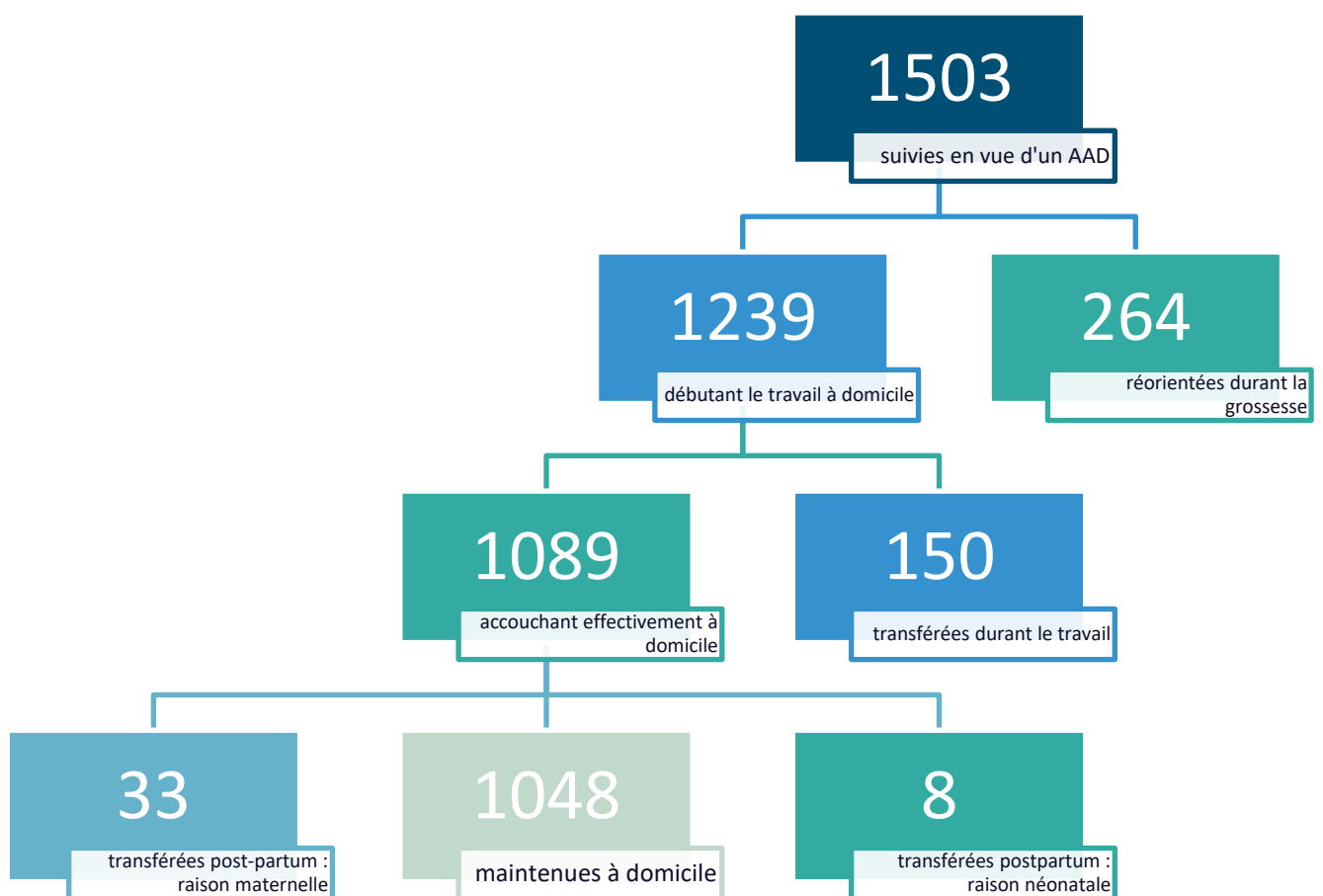
Ce rapport se base sur des données déclaratives. L'exhaustivité du recueil ne peut être vérifiée car il repose sur le volontariat et la conscience professionnelle des sage-femmes. Chaque participant-e s'est engagé-e par écrit à respecter les critères d'inclusion et à saisir l'ensemble de ses dossiers 2020 sans sélection.

Ce rapport s'appuie sur les données de **84 sages-femmes exerçant en France en 2020**. Aussi, les données consolidées ne représentent pas l'ensemble de la pratique des différents professionnels français, estimé à une centaine. Toutefois avec 1503 dossiers saisis, l'étude représente un échantillon épidémiologique pertinent.

2. Données épidémiologiques 2020

En 2020, 1503 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 (18%).

1239 (82%) ont donc débuté le travail à domicile, dont 1089 (88%) y ont effectivement accouché, contre 150 (12%) qui ont dû être transférées en cours de travail. 33 femmes (2.7%) et 8 bébés (0.6%) ont dû être transférés dans le post-partum immédiat. Finalement ce sont donc 1048 femmes (84,5%) qui ont accouché comme elles souhaitaient à domicile, sans nécessiter aucun transfert.



2.1 Suivi de grossesse : profils et orientation des femmes

2.1.1 Les femmes suivies

L'âge moyen des femmes suivies en vue d'un AAD est de **32.2 ans** [18 – 48 ; ET= 4]. Parmi elles 31% (n=462) avaient 35 ans et plus, aucune n'était mineure. Nous observons que **34.8% (523) accouchaient pour la 1ère fois** contre 3.8% (57) qui étaient de grandes multipares.

Tableau 2 : profils des mères		
	Nombre	%
Parité		
Primipares	523	34.8
Multipares	980	65.2
Dont 5 et plus	57	3.8
Âge maternel		
Moins de 18	0	0.0
18-34 ans	1041	69.3
35 et plus	462	30.7
Âge moyen	32.2 [18 – 48 ; ET= 4]	

Si l'on reprend la classification HAS sur le « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », **81,2% (1220) des femmes dépendaient d'un suivi A et ne présentaient aucun antécédent ni complication de la grossesse**. Pour 12,4% (186) un avis médical était conseillé et a été pris dans le cadre d'un suivi de type A1, pour 5.7% (85) l'avis d'un gynécologue était nécessaire dans le cadre d'un avis A2 et enfin pour 0.6% (9) un suivi régulier par un obstétricien était recommandé dans le cadre d'un suivi B. Le niveau de suivi a été réévalué au fil de la grossesse et certaines femmes sont par exemple, passées d'un suivi A à un suivi B, expliquant la non-exclusion d'emblée.

Parallèlement aux critères médicaux et psycho-sociaux, des critères logistiques entrent en ligne de compte et notamment la distance entre le domicile de la famille et celui de la sage-femme qui est en moyenne de 36 minutes et celle entre le domicile et l'hôpital qui est en moyenne de 20 minutes.

Tableau 3 : critères logistiques		
	Nombre	%
Distance SF - domicile		
Moyenne	36min	
Bornes	1min - 205 min	
Écart type	36min	
0 à 30 min	488	44.9
30 à 45 min	238	21.9
45min à 1h	201	18.5
Plus d'1h	161	14.8
Distance domicile - CH		
Moyenne	20min	
Bornes	2min - 90min	
Écart type	12min	
0 à 30 min	909	83.5
30 à 45 min	148	13.6
45min à 1h	25	2.3
Plus d'1h	6	0.6

2.1.1 Transferts anténataux

Nous constatons que 17.6% des femmes (n=264) suivies en vue d'un AAD ont dû être réorientées en anténatal et pour la majorité au cours du 9ème mois, voire pour environ un quart en post-terme.

Tableau 4 : Terme au moment du transfert anténatal		
	Nombre	%
1er trimestre de grossesse	7	2.7
2nd trimestre de grossesse	10	3.8
3eme trimestre	247	93.6
Notamment dans le 9ème mois	230	87.1
Notamment au-delà de 41SA	75	28.4

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. Le second motif est l'accouchement prématuré.

Tableau 5 : motif de transfert anténatal		
	Nombre	%
Grossesse prolongée	66	25
Rupture de la poche des eaux sans mise en travail	40	15.2
Accouchement prématuré	24	9.1
Présentation du siège ou transverse	20	7.6
Retard de croissance fœtale avec ou sans troubles du liquide amniotique ou du	13	4.9
Réévaluation des antécédents par la sage-femme	13	4.9
Changement d'avis venant du conjoint	10	3.8
Suspicion de macrosomie fœtale	10	3.8
Malformation fœtale	8	3
Annulation cause début crise COVID*	6	2.3
Diabète déséquilibré	6	2.3
Hypertension - éclampsie	6	2.3
Contexte psycho-social se dégradant	5	1.9
Anémie sévère	5	1.9
Poussée d'herpès à proximité de l'accouchement	3	1.1
Indisponibilité de la sage-femme	3	1.1
Portage streptocoque B	2	0.8
Thrombopénie inférieure à 80000 plaquettes	2	0.8
Hématome rétro placentaire	1	0.4
Mort fœtale in utéro	1	0.4
Allo-immunisation	1	0.4
Autre	14	5
NA	6	--

Nous précisons que pour les 2 cas de transfert pour portage de streptocoque B, la décision a été prise car il était associé à une rupture prématurée des membranes. Nous remarquons également que 3 causes ne sont pas d'origine médicale puisqu'elles concernent 1 changement d'avis du conjoint, l'indisponibilité de la sage-femme ou le contexte de crise sanitaire.

2.2 Indicateurs concernant la 1^{ère} et la 2^{nde} phase du travail

2.2.1 Mise en Travail

Parmi les femmes ayant pu débiter le travail à domicile, **82% (n=1021) ont accouché entre 37 et 41sa** contre 0.5% (n=6) qui étaient dans leur 36^{ème} semaine d'aménorrhées et 17.1% (n=212) qui étaient en terme prolongé.

La mise en travail de 7.5% des femmes (n=93) 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 – par des méthodes naturelles tel que le décollement du pôle inférieur de l'œuf, l'acupuncture ou l'homéopathie.

Enfin 95.2% des fœtus (n=1179) se présentaient en position occipito-pubienne.

Tableau 6 : indicateurs concernant le travail		
	Nombre	%
Mise en travail		
Spontanée	1146	92.5
Induite	93	7.5
Rupture de la poche des eaux		
Spontanée	1160	93.6
Artificielle	79	6.4
Durée ouverture œuf		
0-12h	998	80.5
12-24h	92	7.4
Plus de 24h	50	4.0
Dont RSM à dilatation complète	246	19.9
Dont Né coiffé	99	8.0
Présentation		
OP	1179	95.2
OS	49	4.0
Siège	1	0.1
Front	7	0.6
Face	3	0.2

2.2.1 La surveillance du travail

La **poche des eaux s'est rompue spontanément dans 93.66% des accouchements (n=1146)**. Le liquide était clair pour 91.1% des naissances (n=1129). La phase latence a une moyenne de 6.3h, et 5h pour la phase active.

Tableau 7 : indicateurs travail		
Couleur LA	Nombre	%
Clair	1129	91.1
Teinté	110	8.9
Durée phase latence		
Moyenne	6.3h	
Bornes	1h - 96h	
Ecart type	8	
Durée phase active		
Moyenne	5h	
Bornes	1h - 36h	
Ecart type	16	

Modalités de la surveillance per partum

On remarque que **dans plus d'un tiers des accouchements aucun toucher vaginal n'a été nécessaire** pour évaluer la progression du travail. En moyenne, cet outil clinique était utilisé 2 fois par accouchement.

La **surveillance du bien être fœtale est majoritairement réalisée par auscultation intermittente** et dans près d'un quart des cas aucune écoute des bruits du cœur n'est effectuée. En général lorsqu'il n'y a aucune écoute la raison est que l'expulsion vient d'avoir lieu à l'arrivée de la sage-femme ou est en cours. Toutefois 2 sages-femmes signalent n'écouter les bruits du cœur fœtal qui si signes d'appels.

Tableau 8 : éléments de surveillance du travail		
Nombre de TV		
Moyenne	1.5	
Moyenne chez les femmes transférées	3	
	Nombre	%
0	456	36.8
1	316	25.5
2	185	14.9
Plus de 2	282	22.8
Surveillance RCF		
Évaluation initiale par AI	441	35.6
Évaluation initiale par CTG	147	11.9
AI durant le travail	872	70.4
CTG durant le travail	22	1.8
Pas de surveillance	263	21.2
Causes de non-surveillance		
SF arrivée après la naissance	188	71.5
Expulsion en cours à l'arrivée de la sage-femme	53	20.2
SF n'écoulant que si signes d'appel	11	4.2
Motif non identifié	16	6.1

La surveillance du travail était assurée par une seule sage-femme dans trois quarts des cas. Même lorsqu'une seconde sage-femme était prévue, celle-ci n'a pas toujours pu être présente.

Tableau 9 : nombre de professionnels présents lors de la naissance		
Présence d'1 seconde sage-femme	Nombre	%
Non prévue	843	77.5
Prévue mais pas arrivée à temps	51	4.7
Oui	194	17.8

Modalité de la gestion de la douleur

L'intensité du travail est gérée par les femmes de différentes manières présentées ci-dessous. L'autonomie, le bain et la mobilisation étant les principaux outils antalgiques.

Tableau 10 : Méthodes de soulagement		
	Nombre	%
Autonomie	965	77.9
Bain	620	50.0
Mobilisation	821	66.3
Homéo/Aromathérapie	196	15.8
Massages	614	49.6
Acupuncture	46	3.7
Sophro-hypnose	70	5.6
Sons	665	53.7
Autres	62	5.0

2.2.2 Les transferts per-partum

Causes et modalités

150 femmes ont nécessité un transfert per-partum en 2020 soit 12.1%. Comme chaque année les 2 motifs principaux sont les stagnations de la dilatation cervicale et/ou de la présentation recouvrant à elles deux 83.4% de ces transferts. Les causes potentiellement urgentes quant à elles – comme l'altération du rythme cardiaque fœtale (ARCF) et les métrorragies – restent rares et représentent 16.1% des transferts. Elles concernent donc 2% de la population AAD.

Nous observons que pour 94% des femmes (n=141) le transfert se réalise avec le véhicule personnel des parents. Le SAMU n'est intervenu que dans 0.5% des cas.

Tableau 11 : causes et modalités de transfert per-partum			
CAUSES TRANSFERTS PER-PARTUM	Nombre	% de la population transférée	% de la population totale
Stagnation dilatation	79	52.3	6.4
Stagnation présentation	47	31.1	3.8
Épuisement maternel	54	35.8	4.4
Souhait APD	48	31.8	3.9
ARCF	24	15.9	1.9
Présentation dystocique	12	7.9	1.0
LAT	10	6.6	0.8
Métrorragies	2	1.3	0.2
Hyperthermie	1	0.6	0.1
SF indisponible	9	6	0.7
Autres	19	12.6	1.5
MODALITES DE TRANSFERTS			
Véhicule personnel	141	94.0	11.4
Véhicule sage-femme	1	0.7	0.1
Ambulance	1	0.7	0.1
Pompier	1	0.7	0.1
SAMU	6	4.0	0.5

Issues des transferts

Plus de la moitié des femmes transférées ont pu accoucher par voie basse spontanément. 88.7% des femmes transférées (n=99) ont eu recours à une anesthésie.

Au total 2.9% de notre population AAD de départ (n=36) ont dû bénéficier d'une césarienne, et 2.4 % (n=30) d'une aide instrumentale. Le taux d'anesthésie péridurale est quant à lui de 6.7%.

Parmi les enfants nés à la suite d'un transfert 9 – soit 0.7% de la population totale AAD – ont nécessité une réanimation néonatale. Deux enfants sont décédés :

- Un suite à un transfert pour métrorragies abondantes avec ARCF dont l'étiologie était un Hématome Rétro-placentaire. A l'arrivée au centre hospitalier, la mort fœtale in-utéro était constatée.
- Un suite à un transfert pour arrêt cardio-respiratoire chez la mère. L'enfant est né en état de mort apparente

Parmi les femmes transférées une femme est décédée. Il s'agit de la parturiente transférée pour arrêt cardio-respiratoire en cours de travail. Les éléments médico-légaux semblent retrouver une anomalie cardiaque non encore diagnostiquée chez cette femme.

Tableau 12 = Issue des transferts per partum			
Expulsion	Nombre	% de la population transférée	% de la population totale
Accouchements pendant le transport	2	1.3	0.2
AVB spontanée en hôpital	85	56.3	6.9
Aide instrumentale	30	19.9	2.4
Césarienne	36	23.8	2.9
Analgésie			
APD	83	55.0	6.7
Rachianesthésie	5	3.3	0.4
Anesthésie générale	3	2.0	0.2
Protoxyde d'azote	8	5.3	0.6
Aucune	17	11.3	1.4
Délivrance			
HPP simple	6	4.0	0.5
HPP sévère	3	2.0	0.2
État néonatal			
Bonne adaptation	76	50.3	6.1
Réanimation bébé	9	6.0	0.7

2.2.3 La naissance de l'enfant

Modalité de l'expulsion

La durée **moyenne des efforts expulsifs était de 18 minutes**. Ceux-ci ont eu lieu dans diverses positions, majoritairement verticales. Près d'un quart des femmes accouchent dans l'eau.

Tableau 13 : expulsion côté mère		
Durée des EE		
Moyenne	18 min	
Bornes	1min - 180 min	
Ecart type	22 min	
Positions d'accouchement	Nombre	%
Quatre pattes	353	32.4
À genoux	225	20.7
Accroupie	130	11.9
DL	120	11.0
Semi-assise	89	8.2
Debout	78	7.2
Tabouret	72	6.6
DD	48	4.4
Assise	29	2.7
Position gynécologique	13	1.2
Accouchement dans l'eau		
Oui	251	23.1
Non	837	76.9

Nous observons que **85.5% des femmes (n=931) ont-elles mêmes réceptionné leur bébé** avec une pratique sage-femme majoritairement « hands-off ». Le **périnée était intact pour 64.5% d'entre elles (n=702)** contre 0.5% qui ont nécessité une épisiotomie (n=5).

Tableau 14 : modalité de l'expulsion et état périnéal		
Modalité expulsion	Nombre	%
Hands off 1 temps	330	30.3
Hands off 2 temps	601	55.2
Hands on	157	14.4
Dont dystocie des épaules	8	0.7
Périnée		
Intact	702	64.5
1er degré	309	28.4
2nd degré	69	6.3
3eme degré	2	0.2
4eme degré	1	0.1
Episiotomie	5	0.5

11.8% des accouchées (n=128) ont nécessité une suture des lésions périnéales contre 52.5% (n=571) qui n'ont eu besoin d'aucun soin. Les autres ont bénéficié de soins locaux.

Enfin nous notons que 17.3% des enfants (n=188) sont nés avant l'arrivée de la sage-femme au domicile.

Etat de l'enfant

Parmi les enfants effectivement nés à domicile **98.7% avaient un score d'Apgar d'au moins 8 à 5 minutes de vie**. Le **poids moyen des bébés était de 3052g** avec un minimum de 2240g et un maximum de 5040g (écart type 420g). Nous observons que 17 enfants ont eu besoin d'une aide à la transition dont 3 enfants des gestes de réanimation avancés. Deux enfants sont nés sans vie et 2 sont décédés en post-partum. La mortalité néonatale précoce est donc de 3,2 pour 1000.

Tableau 15 : indicateurs néonataux		
Score d'Apgar à 5 minutes	Nombre	%
Inférieur à 7	14	1.3
Entre 8 et 10	1074	98.7
Etat du bébé		
Né vivant	1085	99.7
Né sans vie	2	0.2
Décédé en post-partum immédiat	1	0.1
Décédé après transfert à l'hôpital	1	0.1
Gestes de réanimation		
Aucun	1071	98.4
Ventilation	14	1.3
Gestes de réanimation complémentaires : massage cardiaque, intubation, médicaments	3	0.3

2.3 La naissance du placenta

La **durée moyenne de la délivrance était de 30 minutes** et 97.1% des naissances placentaires (n=1056) ont été normales et complètes. La délivrance par injection prophylactique d'ocytocine a été utilisée dans 0.7% des cas (n=8).

Le taux **d'hémorragie sévère de la délivrance est de 2.7%** concernant 29 femmes de notre population.

Tableau 16 : indicateurs du 3eme stade du travail		
Durée de la délivrance		
Moyenne	29.7 min	
Bornes	1min - 6.5h	
Écart type	31 min	
	Nombre	%
Délivrance		
DNC	1056	97.1
DNI	9	0.8
DDC	8	0.7
DDI	0	0.0
DA	15	1.4
Dont dans l'eau	6	0.6
Pertes sanguines		
Moins de 500	987	90.7
Entre 500 et 1000	72	6.6
Plus de 1000	29	2.7

Pour près de la moitié des femmes (47.2% soit n=513) le clampage du cordon est intervenu après la délivrance. Le clampage précoce – c'est-à-dire à moins de 3 minutes est rare concernant 0.9% d'entre elles (n=10).

2.4 Le post-partum

2.4.1 Les transferts post-partum immédiat

Trente-trois femmes (soit 3%) ont dû être transférées en post-partum immédiat, essentiellement du fait d'anomalies de la délivrance placentaire. Pour 3 d'entre elles l'HPP était associée à l'anomalie de la non-délivrance.

Tableau 17 : Causes de transferts post-partum maternels			
Causes transferts post-partum maternel	Nombre	% parmi les femmes transférées	% parmi la population totale
Rétention placentaire ou délivrance incomplète	10	30.3	0.9
HPP	19	57.6	1.7
Complications périnéales	3	9.1	0.3
Volonté de la femme	1	3.0	0.1

Huit nouveau-nés ont dû être transférés en post-partum immédiat soit 0.7%. Les causes principales sont la surveillance ou la continuité des soins de réanimation néonatale.

Tableau 18 : Causes transferts post-partum néonataux			
	Nombre	% parmi les bébés transférés	% parmi la population totale
Détresse respiratoire	3	37.5	0.3
Surveillance suite réa	3	37.5	0.3
Anomalies morphologiques lors de l'examen de naissance	1	12.5	0.1
Échec réa néonatale	1	12.5	0.1

2.4.2 Les transferts durant la 1ère semaine suivant la naissance

Cinq femmes ont été hospitalisées au cours des 8 premiers jours post-partum : deux pour endométrite, deux pour suspicion d'infection et une pour hémorragie secondaire.

Parmi les nouveau-nés, 24 ont été concernés pour une hospitalisation dans la première semaine de vie soit 2.2%. Les deux causes principales sont les suspicions d'infection néonatale et l'ictère.

Tableau 19 : Causes des Hospitalisations néonatales dans les 8 jours suivant la naissance			
	Nombre	% parmi les bébés	% parmi la population
Suspicion d'infection	7	30.4	0.6
Ictère	5	21.7	0.5
Perte de poids pathologique	3	13.0	
Selles pathologiques	2	8.7	0.2
Anomalie de l'examen cardiaque	2	8.7	0.2
Cyanose de la face	2	8.7	0.2
Détresse respiratoire secondaire	1	4.3	0.1
Fracture du crâne à J1 suite à 1 chute	1	4.3	0.1

3 Analyse des données

Cette année nous avons choisi de concentrer la partie analyse sur la morbi-mortalité et l'identification des facteurs l'influençant. En effet il nous paraissait important de donner des clés à nos collègues sages-femmes sur la sélection et la réorientation des femmes en l'absence de cadre national. Cela évidemment dans le but de sécuriser les familles mais sans oublier la part de l'individualisation des soins qui fait la force de cette pratique.

3.1 Evolution de l'offre et de la demande

En 2020, nous disions que 1503 familles ont été suivies en vue d'un AAD. Cela **représente une augmentation de 115%**. **Nous tenons à signaler que l'augmentation aurait pu être bien supérieure – notamment à partir d'avril avec le 1^{er} confinement lié à la pandémie COVID 19 – mais que l'offre professionnelle n'était pas suffisante.** Enormément de femmes ont été refusées soit du fait du manque de moyen soit du fait de demandes trop tardives ou insuffisamment mûries.

Le nombre de sage-femmes accompagnant les AAD est toujours très fluctuant et flirte régulièrement avec la centaine sans la dépasser. Cette offre reste très insuffisante puisqu'une enquête menée par l'IFOP³ révèle que **17% des femmes âgées de 18 à 45 ans déclarent souhaiter « tout à fait » accoucher à domicile si elles en avaient la possibilité.** A elles s'ajoutent 19% de femmes souhaitant « plutôt » accoucher à domicile. (soit un total de 36 % de femmes intéressées par l'AAD)

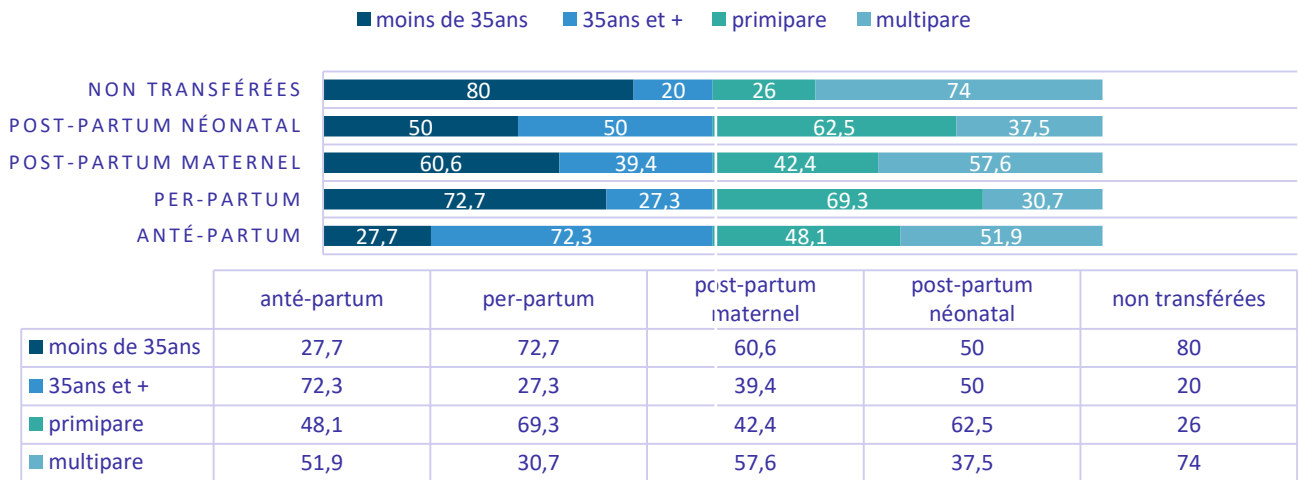
3.2 Analyse des transferts

Nous avons vu dans l'exposé des données que les sage-femmes réévaluent régulièrement l'absence de contre-indication à l'AAD permettant de minimiser les transferts urgents.

Avec les éléments dont nous disposons, 2 critères semblent avoir un lien avec la probabilité de devoir bénéficier d'un transfert. Il s'agit de la primiparité et de l'âge maternel de 35 ans et plus, comme nous pouvons également le constater en population générale. D'autres critères comme l'IMC, le tabagisme... mériteraient d'être étudiés afin d'affiner nos rapports et soutenir les sages-femmes dans leur réflexion quant au choix d'accompagner ou non une patiente.

³ IFOP - « accouchement à domicile - Projet 714780 », janvier 2021

GRAPHIQUE 3 : PROPORTION DE FEMMES PAR PROFILS SELON LE TYPE DE TRANSFERTS



3.2.1 Réorientation anténatale

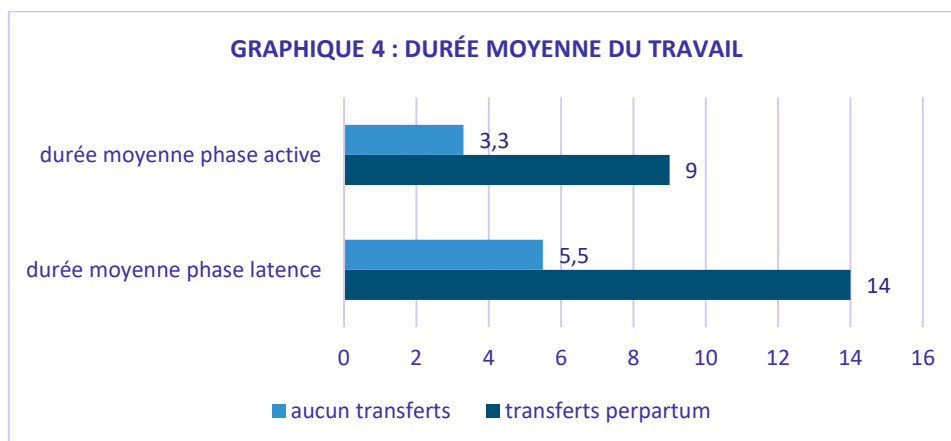
Les **transferts anténataux ont lieu dans le dernier trimestre pour 93.6%** de ces femmes (n=247). Plus précisément 28.4% se voient transférées après 41 SA et 87.1% durant le 9eme mois, ce qui est logique d'après les causes énoncées dans la partie 1. De ce fait, les femmes devraient être bien préparées à la possibilité d'un changement de dernière minute. En particulier, elles devraient pouvoir consulter et préparer un accouchement au sein de l'hôpital de leur secteur avec au moins un entretien avec l'une des sages-femmes de l'équipe.

Comme pour notre population totale l'âge moyen de ces femmes est de 32 ans ; cependant la proportion de femmes de plus de 35 ans y est nettement supérieure, ainsi que la proportion de primipare.

3.2.2 Transferts per-partum

L'âge moyen des femmes transférées est de 31.9 ans [28-41 ; EP4]. Les **primipares sont sans surprises plus concernées par ce type de transfert avec un risque multiplié par 6 par rapport aux multipares [RR6.16-13.23].** Il en est de même pour les femmes de plus de 35 ans et plus [RR5.8 ; 5.23-11.27].

GRAPHIQUE 4 : DURÉE MOYENNE DU TRAVAIL

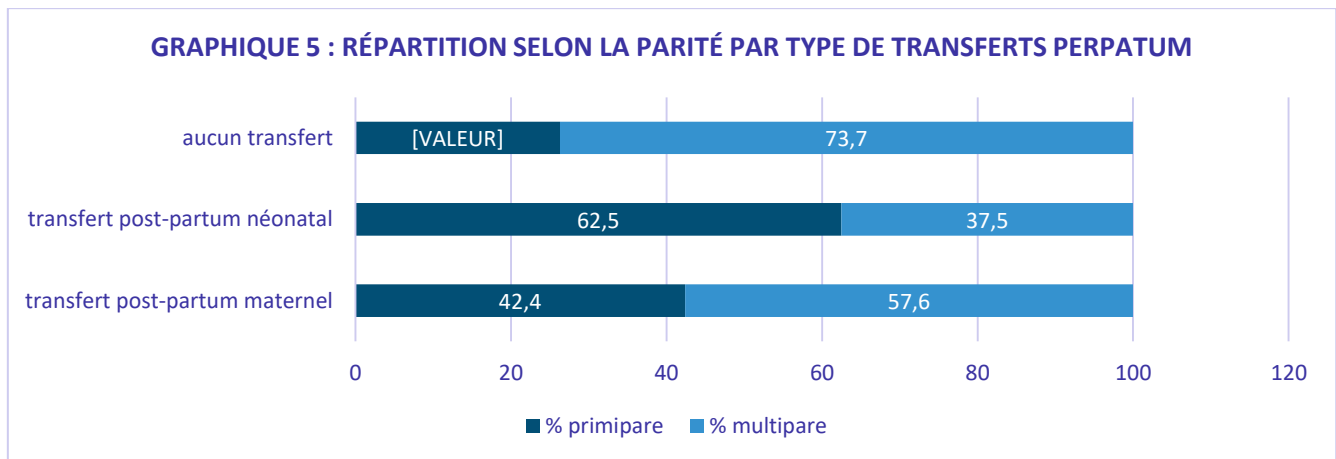


Au-delà du profil de la femme, des éléments cliniques semblent étayer ce risque. La durée moyenne de la phase de latence des femmes transférées est de 14h [1-72 ; EP13] et celle de la phase active de 9h [1-36 ; EP7]. **Nous observons donc que les femmes transférées ont un accouchement près de trois fois plus longs que les femmes qui n'ont subi aucun transfert.** Parmi elles, la présentation fœtale en occipito-sacré multiplie de manière significative ($p < 0.001$) ce risque par 3.8 [3.16-10.55].

3.2.3 Transferts post-partum

L'âge moyen des femmes et des mères d'enfant transférées en post-partum est équivalent à celui des femmes non transférées. En revanche, la parité semble influencer les complications post-partum chez la mère comme l'enfant.

En 2020 les primipares avaient 2 fois plus de risques (RR2.01 ; 1.02-4.16) de transferts post-partum maternel et 4.5 fois plus de risque [RR4.55 ; 1.09-19.41] de transfert néonatal.



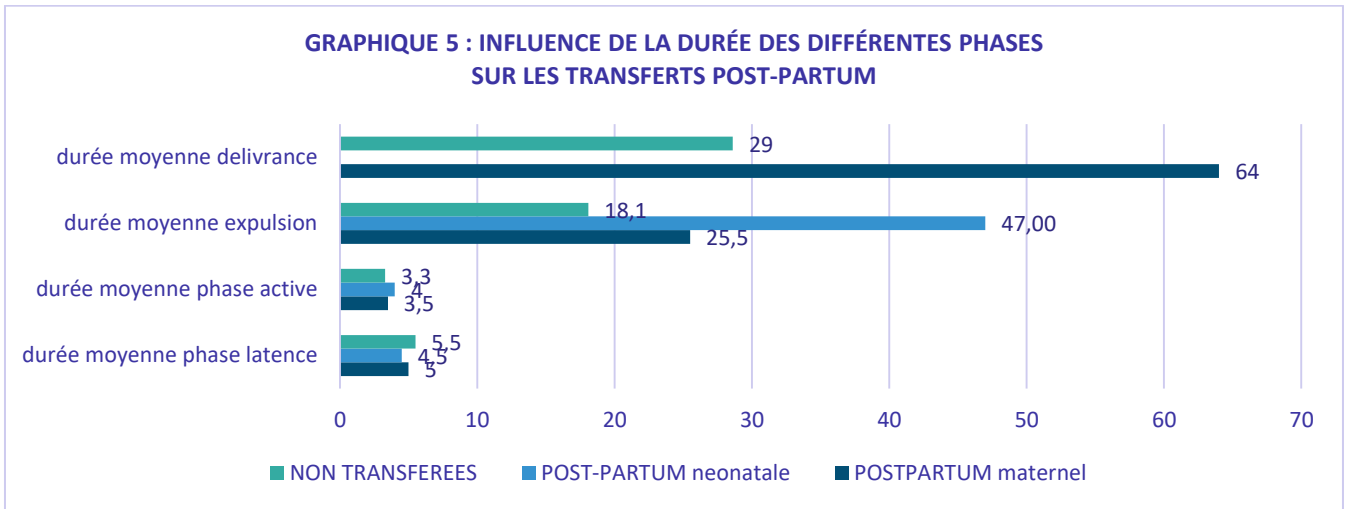
Pour le post-partum, que ce soit concernant la mère ou l'enfant, certaines données cliniques ont particulièrement attiré notre attention, et notamment les notions de durée.

Tableau 20 : durée moyenne des différentes phases selon le type de transfert post-partum

	POSTPARTUM maternel		POST-PARTUM néonatale		NON TRANSFEREES	
	Moyenne	Bornes et écarts types	Moyenne	Bornes et écarts types	Moyenne	Bornes et écarts types
Durée moyenne phase latence (h)	5	[1-20 ; EP4]	4.5	[3-10 ; EP2]	5.5	[1-96 ; EP7]
Durée moyenne phase active (h)	3.5	[3-12 ; EP3]	4	[2-12 ; EP3]	3.3	[1-22 ; EP3]
Durée moyenne expulsion (mn)	25.5	[2-105 ; EP22]	47.00	[10-100 ; EP33]	18.1	[0-180 ; EP21]
Durée moyenne délivrance (mn)	64	[4-300 ; EP75]	//		29	[1-403 ; EP28]

Nous constatons notamment que :

- Chez les femmes transférées en post-partum la durée moyenne de la délivrance est doublée par rapport à celle des femmes non transférées. La durée de l'expulsion est également augmentée.
- Pour les enfants c'est la durée de l'expulsion en particulier qui est 2.6 fois supérieure à celles des enfants non transférés.

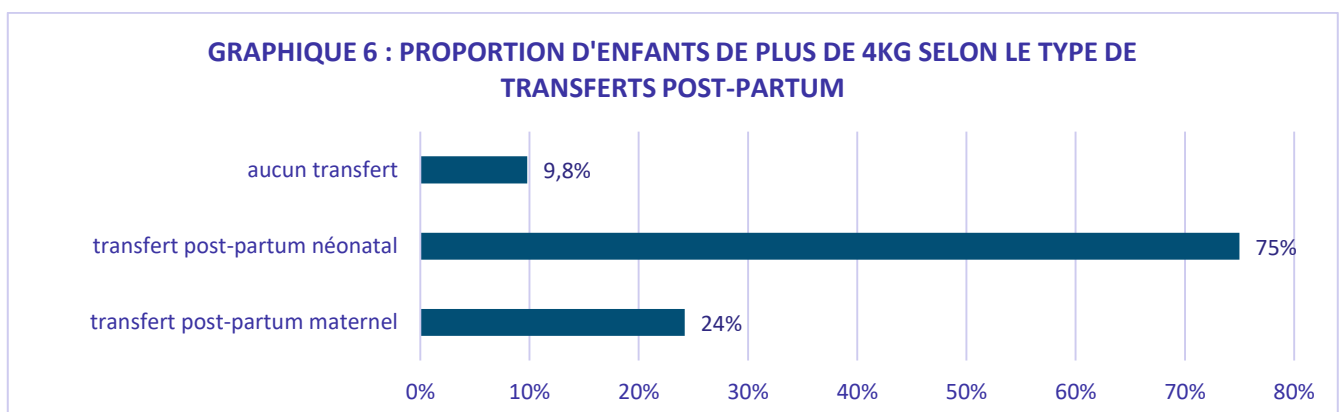


Autre élément le poids de l'enfant. Chez les femmes transférées, le poids moyen des bébés varie peu au contraire de celui des enfants transférés.

Tableau 21 : poids moyens des nouveau-nés selon le type de transfert post-partum

	Moyenne	Bornes et écarts types
POSTPARTUM maternel	3484g	[2690-4445 ; EP453]
POST-PARTUM néonatal	3947g	[3130-4530 ; EP50]
NON TRANSFERES	3466g	[2240-5040 ; EP1098]

La proportion d'enfants de plus de 4kg dans la population transférée est elle aussi majorée comme illustré ci-dessous.



Ces facteurs de risque ne sont pas nouveaux et viennent nous rappeler les règles de vigilance habituelles autour d'un accouchement.

3.2.4 Modalités de transfert en per et post-partum

Si en anténatal les transferts ne nécessitent pas de moyens différents des autres grossesses, durant la période per partum il en est autrement. Environ 15% des femmes auront besoin de se rendre en maternité, elles (15.1%) ou leur enfant (0.7%). **En per partum le SAMU est peu amené à intervenir alors qu'il est quasiment systématiquement sollicité en post-partum.**

Des travaux vont débuter à l'automne sur le plan national afin de donner un cadre à la gestion des risques liés aux AAD. Ils réuniront toutes les sociétés savantes, ordres et associations professionnelles et usagères concernées. Ils sont très attendus afin de remplir enfin un vide et faciliter les relations et la coordination ville-hospital.

3.3 Analyse de la morbi-mortalité

En 2020, **si les chiffres concernant l'état périnéal, les modalités de la délivrance et les transferts maternels sont restés stables comparés aux rapports des 2 années précédentes, ceux concernant l'hémorragie du post-partum ont augmentés.**

A cela s'ajoute que pour la 1^{ère} fois - « de mémoire de sage-femme » en France - 1 femme est décédée⁴. La cause était un arrêt cardio respiratoire à priori sans rapport avec le travail (cf 1.2.3). Evidemment cet événement a créé un grand émoi dans la communauté des professionnels accompagnant les AAD, ainsi que des discussions au sein de notre organisation, et une immense compassion pour la famille mais également les professionnels impliqués dans les soins. L'APAAD n'a pas les éléments nécessaires pour analyser ici cette situation tout à fait singulière qui a bénéficié d'une analyse concertée au sein du réseau de santé périnatale concerné. Celle-ci se poursuit actuellement avec la mise en place d'un parcours patient AAD régional, en attente de travaux nationaux.

⁴ Aucune sage-femme ou institution interrogée n'avaient jamais eu notion de décès maternel au cours d'un AAD jusqu'alors.

Tableau 22 : évolution de la morbi-mortalité maternelle de 2018 à 2020			
	APAAD 2018	APAAD 2019	APAAD 2020
Effectifs	913	1081	1239
	%	%	%
État périnéal			
Intact	64,5%	66%	65%
Déchirure simple (degré 1 et 2)	33,7%	33,6%	34,7%
Déchirure complète	0%	0,1%	0,2%
Déchirure complète compliquée	0,2%	0%	0%
Épisiotomie	0,3%	0,3%	0,5%
Délivrance			
Administration prophylactique d'ocytocine	0,4%	0,5%	0,7%
Complète	96,6%	98,3%	97,8%
Incomplète	0,8%	0,8%	0,8%
Artificielle	1,6%	0,6%	1,4%
Hémorragie du post-partum			
HPP sévère > 1000ml	0,5%	1,0%	2,7%
Indicateurs transferts			
Transferts per partum	12,7%	13,6%	12,2%
Transferts postpartum immédiat maternel	2,6%	1,3%	0,6%
Transferts postpartum immédiat bébé	0,7%	0,9%	2,7%

Concernant les enfants autant le recours à une réanimation néonatale, à un transfert néonatal, que le taux de décès ont augmenté.

Tableau 23 : évolution de la morbi-mortalité néonatale de 2018 à 2020			
	APAAD 2018	APAAD 2019	APAAD 2020
Effectifs	913	1081	1239
État de l'enfant			
Vivant	100.0%	100.0%	99.7%
Mort-né	0.0%	0.0%	0.2%
Décès néonatal	0.0%	0.0%	0.2%
Score Apgar à 5 minutes			
< 7	0.0%	0,4%	1.3%
Indicateurs transferts			
Transferts postpartum immédiat bébé	0,7%	0,9%	2,7%
Alimentation bébé			
Maternel	97,4%	99,5%	98,3%

Comme expliqué dans l'avant-propos **ces résultats concernent l'année d'apparition de la pandémie à COVID 2019**. Les premières études sur la morbi-mortalité périnatale et le COVID tendent à suggérer une augmentation des pathologies obstétricales et néonatales. En particulier, comme dans notre population, mort fœtale in utéro, altération du rythme cardiaque fœtal, prééclampsie, hémorragies post-partum. Toutefois nous ne pouvons affirmer une quelconque corrélation puisque notre formulaire en 2020 ne comportait aucun item concernant le COVID 19. Une seule sage-femme a mentionné avoir transféré une femme asymptomatique du COVID pour ARCF qui s'est révélée être positive au COVID à J1 du post-partum.

Nos effectifs étant très réduits, **nous ne pourrions trancher entre un « effet COVID » ou une dégradation des résultats de l’AAD qu’après plusieurs années étudiées et compilées.**

3.3.1 Les Interventions chez les mères

Les femmes accouchant à domicile présentent des taux faibles de lésions périnéales et très faibles d’épisiotomie (cf 2.2.3). La primiparité multiplie significativement le risque de lésions périnéales par 1.7 [RR1.73 ; 1.93 - 3.35]. L’âge de plus de 35 ans n’a pas d’influence dans notre population sur cet indicateur.

Les sages-femmes en AAD recourent principalement à la technique « hands off » pour la gestion de l’expulsion. Celle-ci divise le risque de lésions périnéale de moitié dans notre population [RR0.6 ; 0.35 - 0.72].

Si nous incluons les femmes ayant été transférées durant le travail nous observons :

- 2.9 % de naissances par césarienne
- 2.4% de naissances par extraction instrumentale
- 6.7% d’anesthésies péridurales

Ces chiffres sont très inférieurs à ceux que l’on retrouve en population hospitalière, y compris chez les femmes à bas risque obstétricale.

3.3.2 Les AAD après une césarienne (AVAC)

En 2020, **34 femmes avec utérus cicatriciel ont été suivies en vue d’un AAD et 29 ont effectivement débuté le travail à domicile.** 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 mais ces femmes sont par exemple exclues des maisons de naissance.

24 de ces parturientes ont effectivement accouché à domicile contre 5 qui ont dû être transférées en cours de travail : 4 pour stagnation de la dilatation et 1 car sa sage-femme était indisponible. Une des accouchées a présenté une délivrance incomplète et a dû être transférée en post-partum immédiat. Tous les nouveau-nés ont présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine.

Comme en 2019 ; **notre effectif est bien trop faible pour que nous puissions conclure sur la pertinence d’accepter ou non un AVAC à domicile mais les données sont à nouveau rassurantes.**

3.3.3 Les Hémorragies post-partum

D’après nos tests **la primiparité multiplie le risque d’HPP par 1.7 [1.14 - 2.67]** dans notre population mais n’influence pas significativement le risque d’HPP sévère ou celui d’HPP nécessitant un transfert. L’âge de plus de 35 ans ne semble pas en corrélation avec l’HPP quelle qu’elle soit.

La durée du travail diffère peu de celle des femmes n’ayant pas été concernées par une HPP, ainsi que celle de l’expulsion. En revanche **la durée de la délivrance moyenne est de 43 minutes [2-210 ; EP56] chez les femmes ayant présenté une HPP sévère, contre 30 minutes dans notre population totale (cf 1.3).**

Tableau 24 : durée moyenne des différentes phases selon le type d'HPP			
	Population totale	Parmi les HPP sévères	Parmi les HPP transférées
Durée phase latence	6.5h [1-96 ; EP8]	5h [1-30 ; EP 6]	5h [1h-9h ; EP4]
Durée phase active	5h [1-36 ; 16]	3h [1-12 ; EP2]	4h [1h-7h ; EP2]
Durée efforts expulsifs	18.5min [1-180 ; EP22]	23min [5-60 ; EP15]	25min [16min-75min ; EP19]
Durée délivrance	30min [1min-6.5h ; EP31min]	43min [2-210 ; EP56]	65min [9min-180min ; EP78]

Au-delà des 29 femmes ayant présenté une HPP sévère nous notons **72 femmes pour lesquelles les pertes ont été estimées entre 500 et 1000ml. Parmi elles, la sage-femme a qualifié d'HPP le saignement pour seulement 13 dont 9 ont été transférées.** Les 59 autres n'ont présenté ni troubles de la délivrance ni de saignements continus ni de troubles hémodynamiques. Elles n'ont pas nécessité de gestes techniques. C'est seulement le volume des pertes au moment de la délivrance qui était supérieur à la norme officielle de 500ml.

La SFAR énonce « *L'hémorragie du post partum (HPP) est définie classiquement par des pertes sanguines en provenance du tractus génital égales ou supérieures à 500 ml après un accouchement (1). Elle concerne 5 à 10% des accouchements. [...] Ainsi, il n'existe pas de définition unique et satisfaisante de l'HPP, ce qui peut expliquer en partie les différentes incidences rapportées dans la littérature* ».

Nos résultats semblent reprendre cette problématique de la qualification de l'HPP sur le seul critère du volume sanguin. Des études spécifiques seraient donc nécessaires.

3.3.4 La morbi mortalité des nouveau-nés

Comme nous l'avons vu en introduction de ce chapitre, en 2020 la morbi-mortalité des enfants nés en AAD a été supérieure aux autres années.

Causes des décès périnataux

6 enfants sont décédés si on comptabilise les enfants décédés à la suite d'un transfert per partum et un accouchement à l'hôpital :

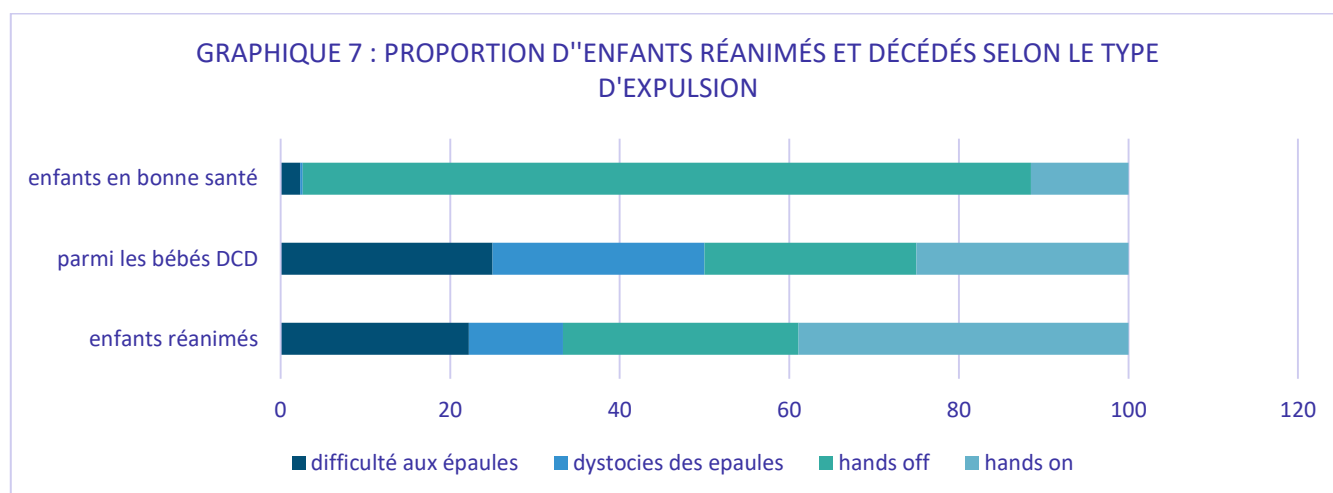
- 1 enfant né à domicile sans vie à la suite d'une MFIU datée d'environ 1 semaine par l'examen médical. La mère a présenté un travail rapide et l'enfant était déjà né à l'arrivée de la sage-femme. Les démarches administratives ont été réalisées par le Médecin généraliste. Il n'y a pas eu d'autopsie la cause de décès reste donc inconnue.
- 2 enfants sont décédés à la suite d'une dystocie des épaules. Le 1er enfant est né sans vie et la réanimation a échoué. L'enfant a été déclaré décédé à domicile. Le second a pu être maintenu en vie et transféré vers l'hôpital. Il a été placé en hypothermie thérapeutique mais les examens neurologiques étant pathologiques un arrêt de soins a été décidé et l'enfant est décédé à J3.
- 1 bébé est né avec un score d'Apgar à 2. Malgré une réanimation ayant permis de normaliser les fonctions cardio-respiratoires dans un premier temps, l'enfant a dû ensuite être placé en hypothermie pour des anomalies neurologiques. Un arrêt de soins a été décidé et il est décédé à J7.
- 2 enfants sont morts nés à la suite de transferts per partum l'un pour HRP et l'autre pour arrêt cardio-respiratoire chez sa mère.

Analyse des facteurs de risque de morbi-mortalité

D'après nos tests la **primiparité n'influence pas significativement le risque de réanimation de l'enfant** [RR1 ; 0.36 - 2.91] **ou de décès néonatal** [RR2.74 ; 0.38 - 19.54 ; p supérieur 0.005] même si la proportion de primipare est plus élevée. Il en est de même pour l'âge supérieur ou égal à 35 ans

Tableau 25 : profils des mères dont l'enfant nécessité une réanimation à la suite d'un AAD				
Age maternel	Parmi les bébés réanimés		Parmi les bébés décédés	
	Moyenne	30.8ans [21 -42 ; EP5]		32ans [27-38 ; EP6]
Âge sup. 35 ans	8	44.4	2	50
Age inf. 35ans	10	55.6	2	50
Parité				
Primipare	5	27.8	2	50
Multipare	13	72.2	2	50

Parmi les enfants qui ont dû être réanimés, 4 ont présenté une dystocie des épaules au moment de l'expulsion et 2 une difficulté aux épaules. Parmi eux 2 sont décédés. Chez les enfants réanimés également la proportion de dystocies de l'expulsion est supérieure à la population d'enfants en bonne santé comme le montre le graphique ci-dessous. **Le risque de devoir recourir à des gestes de réanimation sur l'enfant était donc 50 fois plus grand en cas de difficulté ou dystocie des épaules** [RR49.76 ; 21.67-253.65].



Pourtant les **enfants ayant nécessité des gestes de réanimation ont un poids équivalent aux enfants en bonne santé et ceux décédés était plus petits avec près de 300g de moins en moyenne**. L'évaluation du poids fœtal en anténatal afin d'éviter ces situations ne semble donc pas ici discriminante.

De plus, comparativement aux enfants en bonne santé à la suite d'un AAD, **la durée du travail était en moyenne supérieure de 2h chez les enfants qui ont eu besoin de gestes de réanimation**. En revanche, **celle des enfants décédés était 4 fois plus courte**. Ces durées ne sont pas interpellantes au regard de la dynamique d'un travail normal. Aussi, ce n'est pas non plus la durée du travail qui aurait pu alerter les sages-femmes concernées.

Tableau 25 : facteurs cliniques pouvant influencer la nécessité une réanimation à la suite d'un AAD			
	Enfants réanimés	Parmi les bébés décédés	Enfants en bonne santé
Durée moyenne			
Phase latence	7h [1-24 ; EP7]	2h [1-6 ; EP3]	5.5h [1-96 ; EP7]
Phase active	4h [1-12 ; EP3]	2h [2-7 ; EP2]	3.3h [1-22 ; EP3]
Efforts expulsifs	38min [3-150 ; EP37]	48min [5-100 ; EP44]	18 min [0-180 ; EP21]
Poids bébés			
Moyenne	3598g	3180g	3466g
Bornes	[3000-4530 ; EP411]	[3500-4250 ; EP328]	[2240-5040 ; EP1098]

Si le suivi et une orientation rigoureuse des femmes reste indispensable, **cela rappelle surtout l'importance du maintien de compétences tant pour les gestes d'urgences obstétricaux que néonataux et de l'équipement complet des sages-femmes.** La plupart des situations de morbi-mortalité n'étant pas prévisibles.

3.4 Mise en perspective

Comme chaque année, nous vous présentons nos résultats en parallèle des résultats des autres lieux de naissance. Concernant la population générale (EPN et AUDIPOG) il s'agit de résultats datant de 5 ans et plus donc non comparables au regard de l'évolution des recommandations et pratiques. Au printemps 2021, *santé publique France* a organisé une nouvelle Enquête Périnatale Nationale (EPN). Nous attendons ces résultats pour mettre à jour notre comparatif.

Nous espérons que les travaux initiés avec la FFRSP permettront de mettre en place une évaluation épidémiologique de l'AAD. L'APAAD va continuer le recueil de données mais souhaiterait dorénavant pouvoir organiser une étude comparative indépendante. Aussi nos rapports ne seront plus annuels et leur nouvelle méthodologie reste à déterminer.

Tableau 26 Indicateurs selon le lieu d'accouchement				
	APAAD 2020 :	Maison De Naissance France 2019	EPN 2016 : toutes femmes	AUDIPOG : femmes a bas risque
Effectifs	1081	649	12270	6224
Morbidité maternelle				
Etat périnéal				
Intact	65%	48.7%	27.9%	31.5%
Episiotomie	0.5%	3.3%	20.1%	31.9%
Délivrance				
Administration prophylactique d'ocytocine	0.7%	31%	92.7%	47.3%
Artificielle	1.4%			10.4%
Hémorragie du post-partum				
HPP sévère > 1000ml	2.7%	1.4%	1.8%	3.1%
Morbidité néonatale				
Etat de l'enfant				
Vivant	99.7%	99.8%	//	//
Mort né	0.2%	0%	//	//
Décès néonatal	0.2%	0.2%	//	//
Score Apgar a 5 minutes				
< 7	1.30%	0.3%	4.4%	0.5%
Indicateurs transferts				
Transfert anténatal	12.2%	24%		
Transfert per partum	0.6%	22%		17.8%
Transfert postpartum immédiat maternel	0.6%	6.1%		
Transfert postpartum immédiat bebe	2.70%	2.2%	9.9%	2.2%
Indicateurs incluant l'issue des femmes transférées durant le travail				
Analgésie durant l'expulsion				
Aucune	92.10%	//	14.8%	29.1%
Analgésie péridurale	6.70%	//	72.1%	65%
Rachianesthésie	0.40%	//	11.7%	3%
AG	0.2%	//	1.2%	0.5%
Modalité accouchement				
AVB	94.70%	90.5%	67.4%	83.5%
Aide instrumentale	2.4%	6.5%	12.2%	10.4%
Césarienne	2.9%	3%	20.4%	0

Conclusion

Avec un taux d'interventions chez les mères très faible, des résultats sur la santé maternelle positifs et des résultats sur la santé des enfants plutôt équivalents à la population générale,

Concernant les mères :

- 0.5% d'épisiotomie
- 2.9 % de naissance par césarienne
- 2.4% de naissance par extraction instrumentale
- 6.7% d'anesthésie péridurale

Concernant les enfants :

- 0.2% de décès néonataux
- 1.6% de réanimation néonatale

nous pensons toujours pertinent de proposer cette offre en France.

La dégradation des indicateurs « hémorragie du post-partum » et « néonataux » ne peuvent amener aucune conclusion sur cette seule année. Toutefois ils attirent notre vigilance et les éléments d'analyse de la morbi-mortalité devraient permettre aux professionnel-les de trouver des clés pour leur pratique clinique.

Ce 3^{ème} rapport nous rappelle ainsi la nécessité d'une évaluation de l'AAD sur une période de plusieurs années afin d'éviter les biais liés à nos faibles effectifs, aux événements rares et graves, mais aussi aux phénomènes environnementaux ou sociétaux.

Il vient également nous rappeler l'importance de l'entretien des compétences en gestion de l'urgence y compris dans notre pratique auprès de femmes dites à bas risque.

Table des matières

Avant-Propos.....	3
1. Méthodologie.....	5
1.1 Recueil de données.....	5
1.2 Population	5
1.3 Critères d'évaluation	5
1.4 Analyse des données	6
1.5 Biais du rapport	6
2. Données épidémiologique 2020.....	7
2.1 Suivi de grossesse : profils et orientation des femmes	8
2.1.1 Les femmes suivies	8
2.1.1 Transferts anténataux	9
2.2 Indicateurs concernant la 1 ^{ère} et la 2 ^{nde} phase du travail	10
2.2.1 Mise en Travail	10
2.2.1 La surveillance du travail	10
2.2.2 Les transferts per-partum	12
2.2.3 La naissance de l'enfant	13
2.3 La naissance du placenta	15
2.4 Le post-partum	15
2.4.1 Les transferts post-partum immédiat	15
2.4.2 Les transferts durant la 1ère semaine suivant la naissance.....	16
3 Analyse des données.....	17
3.1 Evolution de l'offre et de la demande.....	17
3.2 Analyse des transferts	17
3.2.1 Réorientation anténatale	18
3.2.2 Transferts per-partum.....	18
3.2.3 Transferts post-partum	19
3.2.4 Modalités de transfert en per et post-partum.....	21
3.3 Analyse de la morbi-mortalité	21
3.3.1 Les Hémorragies post-partum.....	23
3.3.2 Les AAD après une césarienne	23
3.3.3 La morbi mortalité des nouveau-nés	24
3.4 Mise en perspective.....	27
Conclusion	28