



# L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À DOMICILE

Pratique des sages-femmes françaises  
accompagnant les naissances à domicile  
Etat des lieux 2018

Analyse et rédaction : Floriane Stauffer-Obrecht

Recueil de données : Isabelle Koenig

Test Statistiques : Vincent Le Gouhaler

Ligne éditoriale : Véronique Mathelin

Comité de Relecture : Françoise Bardes, Nathalie Donnez, Didier Koenig, Isabelle Koenig, Julia Vallet

Septembre 2019



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

# SOMMAIRE

AVANT PROPOS	p.3
METHODOLOGIE	p.5
PARTIE I - DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES PRATIQUANT L'AAD EN FRANCE EN 2018	p.11
PARTIE II - ENQUETE SUR LA PRATIQUE AAD	p.15
PARTIE III – RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2018 : RESULTATS	p.27
PARTIE IV - COMPARATIF AVEC LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE	p.35
CONCLUSION	p.52
CHIFFRES CLES DE L'AAD	p.60



# AVANT-PROPOS

## UNE PRATIQUE MECONNUE

L'accouchement programmé et accompagné à domicile (AAD) représente aujourd'hui près de 2000 naissances en moyenne par an. Un événement rare en France (0.25% des naissances en France), dans un contexte où ce type d'accouchement est entouré de tabous, de questions, de méconnaissances. Peu de données sont ainsi disponibles pour comprendre et mesurer cette alternative aux accouchements en milieu hospitalier ou en maisons de naissance.

## RASSEMBLER LES PARTENAIRES, CONSOLIDER LES DONNEES

Afin de pallier ce manque de données, l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) a souhaité organiser la première enquête d'envergure sur l'AAD, de la collecte à l'analyse et à la publication des résultats.

## UN PREMIER ETAT DES LIEUX UNIQUE EN FRANCE

Ainsi, en 2018, l'APAAD a identifié 88 sages-femmes libérales françaises pratiquant les accouchements à domicile et ayant accompagné 1347 femmes dont le travail a effectivement débuté à domicile. 47 d'entre elles ont accepté de fournir les données détaillées de l'ensemble de leurs dossiers 2018. Ce rapport décrit ainsi l'issue de 1046 naissances.

L'APAAD remercie particulièrement les sages-femmes qui ont participé et donné accès à des données jusqu'alors dispersées. N'étant pas véritablement intégrée au système de soins périnataux en France, cette pratique n'est jamais étudiée à cette échelle par les pouvoirs publics. Le rapport présenté ici est ainsi une première en France et un fait rare en Europe, peu de pays ayant mis en place une politique d'observation de l'accouchement programmé et accompagné à domicile.

## ENRICHIR LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE ET OUVRIR LE DEBAT

L'AAD est une option trop souvent mise de côté par le milieu médical ou par les pouvoirs publics. Pour autant, les familles, le grand public s'intéressent de plus en plus à des alternatives aux accouchements en milieu hospitalier. Mesurer l'impact de ce choix de lieu de naissance sur la santé des mères et des enfants est donc essentiel. Ce rapport poursuit un double objectif :

- Apporter des données scientifiques claires et pertinentes
- Rendre accessible ces données au grand public



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

L'étude est élaborée au regard des indicateurs périnataux recommandés au niveau européen afin d'optimiser l'exploitation des données et de faciliter les comparaisons à d'autres populations.

Le recueil de données épidémiologiques pour l'année 2019 est déjà en cours. Le formulaire de recueil de données 2019 a été enrichi afin de pouvoir aller plus loin dans l'analyse de la pratique spécifique de l'accouchement à domicile : des indicateurs sur les critères de sélection des patientes, les modalités de surveillance, le suivi du travail et de l'accouchement ainsi que de ses suites, ont ainsi été ajoutés. Rassembler et publier des données fiables, évolutives est l'une des missions fondatrices de l'association.

Ce rapport est donc construit en quatre parties :

- La démographie des sages-femmes accompagnant les AAD
- La pratique des sages-femmes AAD en France en 2018
- Les résultats du rapport épidémiologique 2018
- Une analyse des résultats incluant un comparatif indicatif aux données de la population générale



# MÉTHODOLOGIE

## METHODOLOGIE DU RECENSEMENT DES SAGES-FEMMES AAD ET DE L'ENQUETE QUALITATIVE SUR LEURS MODALITES D'EXERCICE

Afin de rassembler le plus de professionnels possibles, l'APAAD a, dans un premier temps, croisé les données des différents listings de sages-femmes connues comme accompagnant des naissances à domicile (liste de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales, répertoire du site « projet de naissance », réseaux sociaux). Les sages-femmes ont alors été contactées individuellement. Enfin, une annonce a été mise en ligne sur un groupe d'échanges virtuels au sujet de l'AAD « pour agir ensemble » et sur la page Facebook de l'APAAD.

C'est ainsi que l'APAAD a pu recenser 122 sages-femmes françaises exerçant ou ayant exercé les AAD. **La partie 1 du rapport permet de comprendre la démographie des sages-femmes AAD à ce jour.**

Chaque sage-femme ayant répondu au recensement a été rappelée afin d'obtenir des précisions sur son activité (ou l'arrêt de son activité) et a été encouragée à répondre à l'enquête qualitative sur les modalités d'exercice qui s'est déroulé de janvier à février 2019.

Cette dernière rassemble 49 réponses dont 31 de cabinets de sages-femmes accompagnant actuellement les naissances à domicile, 16 ayant arrêté et 2 n'ayant pas répondu à la question.

Parmi les 31 cabinets de sages-femmes ayant répondu et pratiquant les AAD – appelées « sages-femmes AAD » - plusieurs ont répondu pour l'ensemble des collègues avec lesquelles elles exercent (associés, collaboratrices...). **L'enquête reflète donc la manière de pratiquer de 39 sages-femmes AAD en cours d'activité.**

## METHODOLOGIE DU RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2018

### Outils de collecte de données

Toutes les sages-femmes dont la pratique de l'AAD est connue et recensée par l'APAAD ont été sollicitées, soit 88 en 2018. 47 sages-femmes en exercice en 2018 ont répondu à cette partie de l'enquête.

Le formulaire conçu pour rassembler de manière anonymisée les réponses des sages-femmes permet d'étudier la morbi-mortalité maternelle et néonatale suite à une naissance à domicile, tout en respectant le secret statistique.

Les données collectées ayant été au préalable anonymisées par les sages-femmes référentes des dossiers. Ainsi, l'analyse et la publication des données ne permet en aucun cas l'identification des patientes ou des sages-femmes y compris par les auteurs.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

## Population étudiée

Chaque sage-femme ayant répondu à l'enquête s'est engagée par écrit à saisir **l'ensemble** de ses dossiers 2018 répondants aux critères retenus pour l'étude.

Cette étude rétrospective déclarative inclut toutes les femmes suivies pour un accouchement à domicile **programmé** et **ayant débuté le travail à domicile** entre le 1<sup>e</sup> janvier et le 31 décembre 2018 (n=1046).

### CRITERES D'INCLUSION POUR LA POPULATION D'ETUDE

- Toute femme ayant accouché à domicile (n<sub>1</sub>=913)
- Toute femme ayant commencé le travail à domicile et ayant accouché en structure médicale après transfert en cours de travail (n<sub>2</sub>=133)

De façon consensuelle, les accouchements à domicile concernent exclusivement les grossesses définies comme à bas risque [1], tel que défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) [2]. Cependant, certains critères ne contre-indiquent pas totalement l'accouchement à domicile mais demandent un avis médical ou une vigilance supplémentaire (par exemple âge > 35ans). Ces grossesses sont ainsi classées en fonction du niveau de risque (HAS A, A1, A2, B).

Les données concernant tous les dossiers suivis par la sage-femme ont été recueillies, y compris ceux ne répondant pas au bas risque strict. En revanche les dossiers des femmes qui avaient prévu pendant leur grossesse d'accoucher à domicile, mais dont la surveillance de la grossesse a été transférée sous la responsabilité d'un centre hospitalier avant la mise en travail, n'ont pas été étudiés.

### DEFINITION DU BAS RISQUE OBSTETRICAL

#### BAS RISQUE INITIAL A LA PREMIERE CONSULTATION

- Âge > 18 ans et < 35 ans
- Sans antécédent médical interférant avec la grossesse
- Sans antécédent de prématurité, mort-né, mort néonatale
- Grossesse unique
- Sans utérus cicatriciel

#### BAS RISQUE EN COURS DE GROSSESSE

- À bas risque initial et sans pathologie de la grossesse
- Ni menace d'accouchement prématuré
- Ni hypertension artérielle
- Ni diabète gestationnel non stabilisé
- Ni anomalie du liquide amniotique
- Ni anomalie de la croissance utérine (LGA/SGA Large/Small for Gestational Age)

#### BAS RISQUE EN FIN DE GROSSESSE

- À bas risque initial
- À bas risque en cours de grossesse
- Sans obstacle praevia
- Et fœtus en présentation céphalique

*Définition validée par le CNGOF lors du processus Delphi sur les indicateurs qualité en secteur de naissances. [1]*



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

## Variables étudiées

Les variables choisies pour l'année 2018 correspondent aux indicateurs de santé périnatale tels que définis par EUROPERISTAT [3] et utilisés pour les enquêtes périnatales nationales.

Les indicateurs qui sont, de fait, exclus de la pratique AAD, tels que la prématurité ou l'analgésie médicamenteuse, ont été supprimés.

Les indicateurs comparables aux données de la population générale ont été volontairement ciblés en vue des travaux futurs de l'association. Enfin, les indicateurs particulièrement pertinents dans le cadre des AAD ont également été ajoutés : transferts per et post-partum, hospitalisations dans les 8 premiers jours de vie.

Figure 1 : indicateurs étudiés

Profil patiente	Age, parité, Niveau de suivi HAS
Indicateurs travail et accouchement	Age gestationnel, présentation fœtale, durée d'ouverture de l'œuf
Indicateurs maternel	HPP sévère (>1L), état périnéal et taux d'épisiotomie, complications du travail
Indicateurs néonataux	Poids de naissance, Apgar<7 à 5min, enfant ayant nécessité une réanimation, transfert de l'enfant, état du nouveau-né, allaitement maternel
Indicateurs transferts	Taux et causes transferts per et post-partum ; Taux et causes des hospitalisations maternelles ou pédiatriques dans les 8 premiers jours de vie

## Analyse des données

Pour de nombreuses évaluations du présent rapport, les résultats sont donnés en pourcentage.

- Pour la majorité des indicateurs per-partum, les résultats sont rapportés à l'ensemble de la population AAD (n=1046).
- Pour les indicateurs post-partum et néonataux, les résultats sont rapportés aux dossiers de femmes ayant effectivement accouché à domicile (n<sub>1</sub>=913).
- D'une manière générale, la part d'indications manquantes est très faible, voire nulle et est précisée dans les tableaux et graphiques.
- Pour des événements très rares, survenus moins de dix fois, aucun chiffre n'a été mis en évidence et ils ont été analysés individuellement.

**Les résultats obtenus ont été comparés, d'une part aux données de la population générale, d'autre part et pour une meilleure représentativité, aux données d'une population à *bas risque*, ayant accouché en maternité de niveau 1.**

Depuis les décrets du 9 octobre 1998 [4], les maternités sont classées par niveau en fonction de la prise en charge des nouveau-nés. Les maternités de niveau 1 ont été définies comme des établissements accueillant les futures mères dont la grossesse et l'accouchement ne présentent, à priori, aucun risque. **Ces maternités accueillent donc la population la plus proche des femmes accouchant à domicile.**



## L'accouchement accompagné à domicile : Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

### Echantillons comparatifs

Pour permettre une comparaison avec la naissance hospitalière, deux sources de données ont été utilisées :

- Données générales issues de l'enquête périnatale 2016 [5]. Ces données permettent un comparatif avec la population générale française tous niveaux de risque obstétrical confondus.
- Données fournies par l'Audipog [6], groupe « contrôle » composés de femmes à bas risque obstétrical et ayant accouché à terme ( $\geq 37$ SA et  $< 42$ SA) ayant prévu d'accoucher en centre hospitalier de type I.

Enfin, afin de mesurer l'évolution de l'AAD dans le temps, les résultats obtenus ont été comparés aux deux seules études statistiques françaises parues sur le sujet au moment de l'analyse :

- Le mémoire de fin d'études sage-femme de Mathilde Munier [7] soutenu en 2005
- La thèse de doctorat d'Anne Théau [8] soutenue en 1998.

### Tests statistiques

L'utilisation du test du  $\chi^2$  d'indépendance a permis de comparer les populations étudiées (AAD versus Population à bas risque et AAD versus Population générale) pour chaque indicateur considéré. Le test indique si, compte-tenu de la taille des échantillons des deux populations étudiées, les proportions  $p_1$  et  $p_2$  sont significativement différentes ou non. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

D'autre part, les conditions d'application du test retenues sont les suivantes :

- Les tailles des échantillons doivent être supérieures à 30. Cette condition est toujours respectée puisque les effectifs en AAD, AUDIPOG et EPN dépassent toujours largement 30.
- Les valeurs théoriques (« expected values » :  $total\ ligne \times total\ colonne / effectif\ total$  dans le tableau de contingence) doivent être supérieurs à 5. Lorsque cette deuxième condition n'est pas réalisée, la conclusion du test statistique n'est pas utilisée dans le présent rapport.

À noter que selon les cas nous avons effectué 2 types de test :

- Test 1 (two sided) où l'hypothèse nulle est  $p_1 = p_2$
- Test 2 (greater) où l'hypothèse nulle est  $p_1 > p_2$

Pour chaque indicateur, un intervalle de confiance à 95% a été calculé pour la différence de proportions entre les populations étudiées deux à deux. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel « R » version 3.5.1.

### Représentativité de l'étude

Le recensement effectué par l'APAAD en janvier 2019, a estimé le nombre moyen d'AAD en France à 2000 naissances par an. Ce chiffre est très variable d'une année à l'autre du fait de la précarité de ce mode d'exercice et du faible nombre de sages-femmes le pratiquant. En 2018, 88 sages-femmes exerçant officiellement des AAD ont été recensées et elles ont déclaré **1347 naissances ayant débuté à domicile**.

En recueillant 1046 dossiers pour l'année 2018, l'échantillonnage est pertinent.

### Biais de l'étude

Cette étude est une étude déclarative rétrospective. L'exhaustivité du recueil de données ne peut être vérifiée car il repose sur le volontariat et la conscience professionnelle des sages-femmes. Ainsi, certaines professionnelles peuvent avoir oublié volontairement ou involontairement certains dossiers. Toutefois, chaque participant **s'est engagé par écrit à respecter les critères d'inclusion et à saisir l'ensemble de ses dossiers 2018 sans sélection**.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Sur les 88 sages-femmes exerçant en France en 2018, 47 ont répondu à l'étude, soit un peu plus de la moitié. Aussi, les données consolidées ne représentent pas l'ensemble de la pratique des différents professionnels français. Toutefois ces 49 sages-femmes ont réalisé 77,7% des AAD 2018. Une partie des sages-femmes pratiquant les AAD n'a pas participé à ce recueil de données, l'APAAD s'interroge sur les raisons de ce silence. La question du temps disponible pour répondre à une enquête d'une telle ampleur se pose mais il est également important de s'interroger sur les pratiques des sages-femmes, alors qu'il n'existe pas d'intégration au système de soins, ni de partage de pratiques entre professionnelles.

Dans la Partie 3 – Comparatif avec la population générale française, des comparaisons sont effectuées entre la population qui accouche à la maison d'une part (AAD), et la population qui accouche à l'hôpital d'autre part (population à bas risque AUDIPOG ou population générale EPN) : taux d'épisiotomie ou d'hémorragie par exemple. La différence entre ces proportions est jugée statistiquement significative ou non à l'aide du test du  $\chi^2$  d'indépendance.

Néanmoins, il est impossible de conclure que seul l'AAD engendre une diminution de la morbi-mortalité. Il existe certainement d'autres co-facteurs à l'origine de cette différence (profil des femmes, alimentation, méthode de préparation de l'accouchement, etc.).

L'étude AAD présentée ici n'est pas *randomisée*. Pour des raisons éthiques, il est difficile d'envisager une telle étude qui amènerait des femmes à accoucher à la maison ou à l'hôpital sans choix possible. Le lien entre l'AAD et les bons résultats obtenus est cependant légitime au regard de certains chiffres particulièrement différents.

Enfin, Il semble important de tenir compte du contexte de suivi et d'accompagnement dans lequel ces résultats ont été obtenus, décrit dans la partie II du rapport.



# PARTIE I

## DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES PRATIQUANT L'AAD EN FRANCE EN 2018

### POPULATION RECENSEE

Le recensement mené par l'APAAD a permis d'identifier **122 Sages-femmes accompagnant les AAD** ou les ayant accompagnés au cours des 5 dernières années, 88 étaient en activité en 2018.

L'APAAD note que certaines sages-femmes se sont installées mais ont arrêté très rapidement leur activité face à la pression et au contexte (moins d'une année), elles ne sont ainsi pas référencées. L'association est également contactée par des sages-femmes souhaitant s'installer en accompagnement des naissances à domicile. Certaines d'entre elles sont en attente pour cela d'une couverture assurantielle et/ou d'une intégration de l'offre AAD au niveau national.

### ACTIVITE RECENSEE

**Le recensement a permis d'identifier :**

- **88 des sages-femmes en cours d'exercice,**
- 7 sages-femmes en pause,
- 26 sages-femmes en arrêt total,
- 8 n'ont pas donné de détails sur leur activité.

70 sages-femmes ont évalué leur nombre moyen annuel de naissances accompagnées. A partir de ces retours, une estimation a été faite et amène à considérer **2000 naissances/an**, soit environ **20 naissances en moyenne par sages-femmes AAD et par an**.

En 2018, les 88 sages-femmes en activité ont déclaré avoir accompagné 1347 naissances.

### COUVERTURE DU TERRITOIRE PAR LES SAGES-FEMMES AAD

Comme le montre la cartographie issue du recensement, la couverture du territoire est très inégale laissant place à de larges territoires non couverts par les sages-femmes AAD.

Les secteurs où les conditions de collaboration avec les hôpitaux sont favorables sont naturellement mieux couverts.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

A l'installation d'une sage-femme, la demande étant rapidement forte, d'autres sages-femmes la rejoignent quand c'est possible pour un travail en équipe améliorant la continuité des soins et les conditions de vie des professionnelles.



Figure 2 : cartographie des sages-femmes AAD françaises

Dans son mémoire de fin d'étude de sage-femme, en 2019, Virginie Orliac émet l'hypothèse que la diminution de la couverture du territoire s'est accompagnée d'une augmentation des naissances non assistées et que cela peut être volontaire pour certaines familles qui ne veulent pas renoncer à leur projet d'accouchement à domicile.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

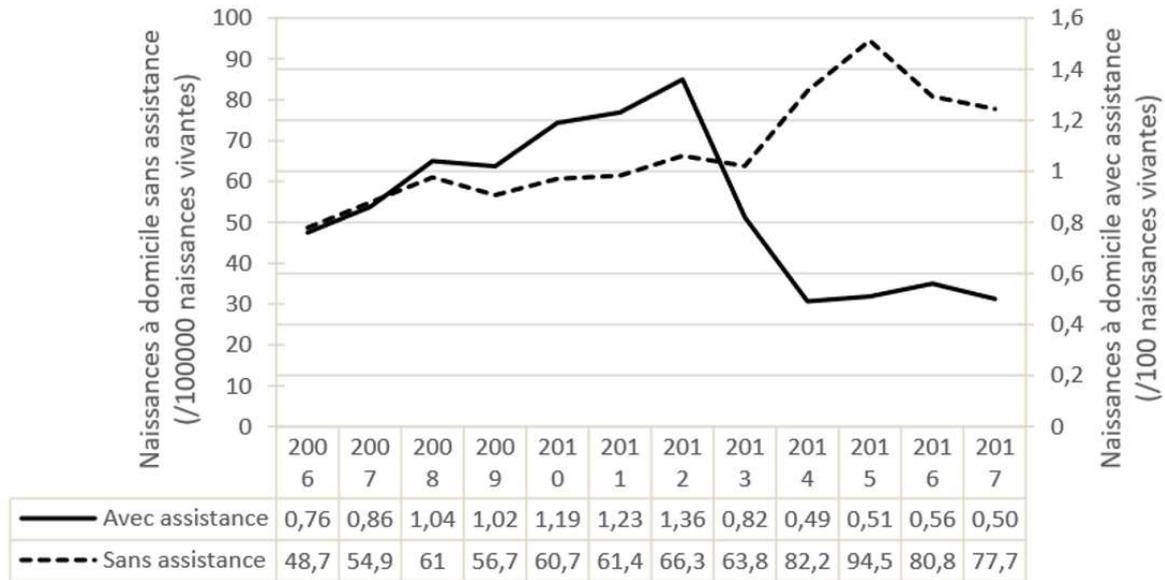


Figure 3 : Evolution de 2006 à 2017 des naissances extrahospitalières ayant eu lieu avec et sans assistance en France (DROM inclus)

Il serait important de pouvoir évaluer objectivement cette tendance qui est aussi observée sur les réseaux sociaux, certaines femmes en renseignant d'autres sur la façon d'accoucher seule chez soi.

Si l'APAAD ne portera pas le débat de la question de la naissance non assistée quand elle est un véritable choix, **l'association souhaite en revanche appeler à la responsabilité de toutes les instances, pour ce qui est des femmes qui font ce choix par défaut, se privant de la sécurité de l'accompagnement d'une professionnelle à compétence médicale et s'exposant à un risque accru en cas de pathologie du travail ou du post-partum, du fait de l'absence de sage-femme AAD couvrant leur secteur.**

Enfin, il serait intéressant d'évaluer les cas de femmes appelant une sage-femme à la dernière minute, prenant celle-ci au dépourvu. En effet, régulièrement des sages-femmes libérales signalent avoir été appelées par une femme sur le point ou venant d'accoucher. Ces sages-femmes libérales ne sont pour la plupart ni équipées, ni formées pour les AAD et se retrouvent en posture délicate.

## EVOLUTION DE L'ACTIVITE

Plus **d'un quart des sages-femmes AAD françaises n'exercent plus actuellement**. Parmi elles, les 7 sages-femmes AAD en pause en 2018 n'ont pas été remplacées durant leur absence laissant des territoires sans sages-femmes AAD. Les motifs de cessation d'activité sont principalement liés au contexte français :

- Pressions de la part d'autres professionnels
- Problématique de l'assurance Responsabilité civile professionnelle couvrant les AAD
- Couverture insuffisante du territoire par les sages-femmes AAD engendrant des conditions de travail épuisantes et stressantes et de l'isolement

Parmi les sages-femmes AAD ayant cessé d'exercer, 5 envisagent de reprendre l'activité si le contexte français évolue et/ou si elles trouvent une associée partageant cette pratique.

A contrario, parmi les sages-femmes AAD exerçant actuellement, 6 envisagent de stopper leur activité cette année toujours à cause du contexte.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Enfin, chaque année, l'APAAD observe des installations de sages-femmes en vue d'accompagner les naissances à domicile. D'autres contactent l'association en vue d'une installation mais attendent pour cela une couverture assurantielle et/ou une intégration de l'offre AAD au niveau national.

Que ce soit du côté des parents comme du côté des sages-femmes, malgré une intégration inégale, l'AAD reste une option à part entière. Les données démographiques des sages-femmes AAD montrent la nécessité d'une véritable inclusion de cette offre au système de soin français afin de couvrir efficacement et de manière sécuritaire les demandes des familles.



## PARTIE II

### LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES AAD

L'accouchement accompagné à domicile étant peu ou mal connu, cette enquête sur la pratique des sages-femmes avait pour objectif de présenter le contexte dans lequel les résultats épidémiologiques ont été obtenus. Elle visait également à identifier les besoins autour de ce type d'accompagnement, pour en renforcer la qualité et la sécurité.

Les sages-femmes ont été interrogé sur les sujets suivants :

- Organisation des cabinets pratiquant l'AAD
- Modalité de partenariat avec les hôpitaux
- Organisation des transferts
- Gestion des événements indésirables.

Enfin l'APAAD a souhaité recueillir les faits de pratiques coercitives envers l'AAD (harcèlements, diffamations, plaintes et ou signalements fallacieux aux autorités ...) et des éléments permettant d'objectiver la « sinistralité » des sages-femmes AAD. Cette supposée « forte » sinistralité est l'un des principaux arguments des assureurs français pour avoir supprimé les contrats de responsabilité civile professionnelle couvrant l'AAD et ayant ainsi contraint la plupart des sages-femmes à cesser leur activité. Il semblait donc important d'étudier la question.

#### PROFIL DES 49 SAGES-FEMMES DE L'ENQUETE

La répartition dans les différentes tranches d'âge est équilibrée.

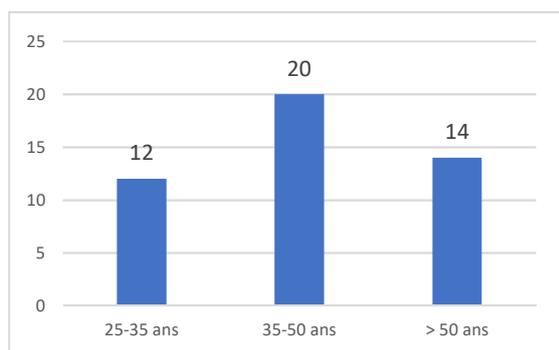


Figure : 4 âges des sages-femmes répondants



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

L'ensemble des sages-femmes ayant répondu à cette question ont obtenu leur diplôme en France ou dans un pays limitrophe francophone (Suisse, Belgique).

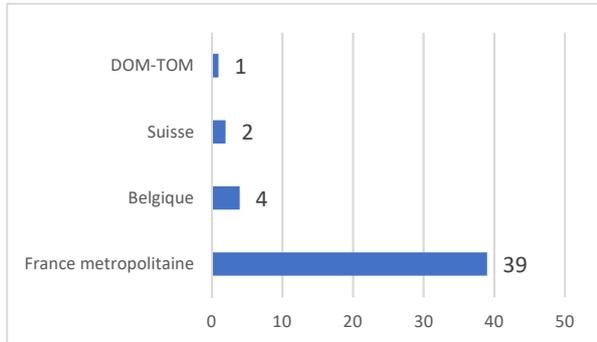


Figure 5 : Territoire d'obtention du diplôme des répondants

Près des 2/3 des sages-femmes ayant répondu à cette question (13) ont débuté la pratique AAD dès le début de leur carrière.

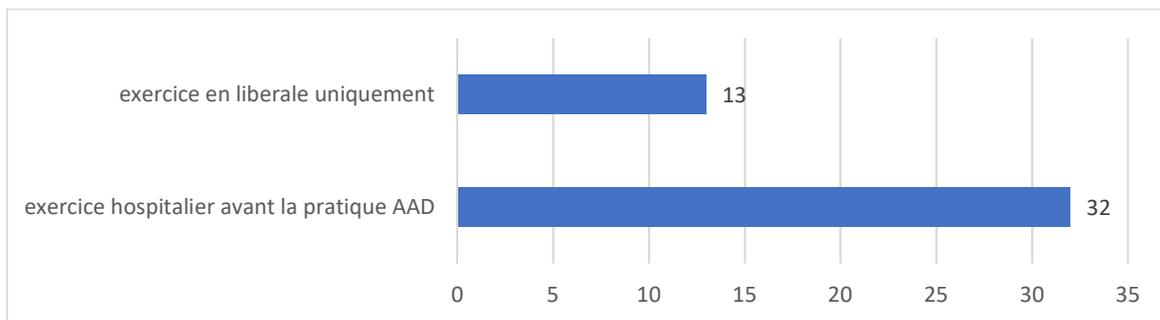


Figure 6 : parcours professionnel des sages-femmes répondants

Parmi les sages-femmes ne pratiquant plus les AAD, 14 sur 16 ont plus de 35 ans.

Les motifs avancés par ces sages-femmes sont principalement liés au climat délétère français (plusieurs réponses possibles par répondant) :

- Equilibre vie personnelle – vie professionnelle (8)
- Climat de travail « coercitif » (6)
- Transfert de l'activité en maison de naissance (2)
- Déménagement (1)
- Sanction disciplinaire (1)
- Retraite (1)

Le motif « équilibre vie personnelle / vie professionnelle » semble être en lien avec le climat global de travail. Les sages-femmes ayant commenté cette réponse parlent de climat stressant et oppressant impactant leur vie privée, du manque de sages-femmes offrant cet accompagnement les contraignant à des conditions de travail pénibles, d'insécurité financière et professionnelle.

**11 sages-femmes ont cessé la pratique au cours des 2 dernières années 2017/2018 et en parallèle 5 sages-femmes ont débuté la pratique en 2018.**



## ORGANISATION INTERNE DES CABINETS ACCOMPAGNANT LES AAD

L'APAAD a choisi de vous présenter ici uniquement les réponses des cabinets de sages-femmes en activité en 2018 (soit 39 sages-femmes) afin que les pratiques exposées reflètent bien celles qui ont permis d'obtenir les résultats du rapport épidémiologique 2018.

La majorité des sages-femmes AAD ont un cabinet pour recevoir les couples. Trois d'entre elles réalisent l'ensemble du suivi à domicile.

- 14 sages-femmes AAD pratiquent seule les AAD
- 10 sont plusieurs dans le même cabinet (de 2 à 3 sages-femmes)
- 7 se sont organisées avec d'autres sages-femmes du territoire pratiquant les AAD

Les sages-femmes exerçant les AAD à plusieurs, le font principalement pour un partage des « astreintes accouchements » et la possibilité d'être 2 lors de certains accouchements. La plupart des sages-femmes exerçant seules le motive par le fait de la difficulté à trouver une collègue pratiquant les AAD et/ou harmoniser les pratiques entre elles.

Lorsque cela est possible et que le nombre de professionnelles sur un même territoire est suffisant, les sages-femmes AAD s'organisent pour créer un réseau permettant d'assurer une meilleure continuité des soins.

Toutes les sages-femmes AAD- sauf une - exercent avec plusieurs hôpitaux référents. 75% d'entre elles ayant au moins 3 Centres Hospitaliers différents. Cela s'explique notamment par la rareté de l'offre qui impose aux sages-femmes AAD de couvrir un large territoire.

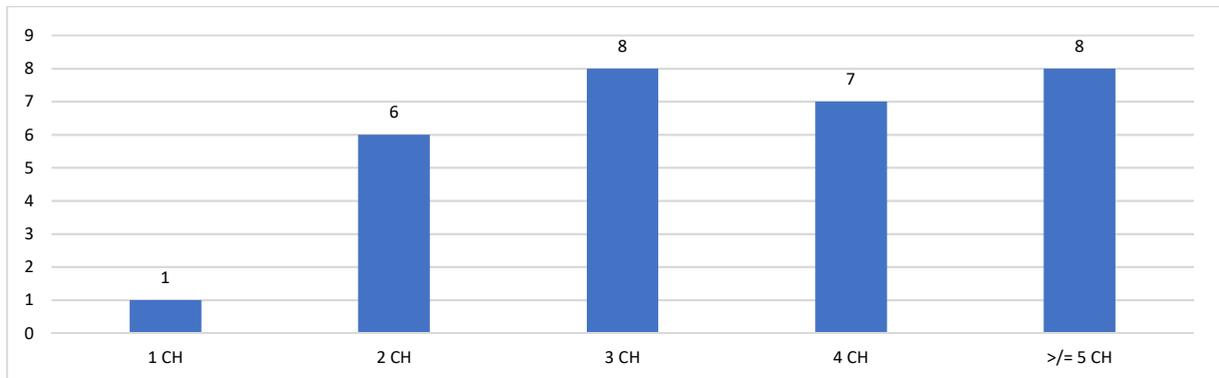


Figure 7 : Nombre d'hôpitaux référents par sage-femme

La nécessité d'un référentiel d'organisation et de gestion des transferts est indispensable, si ce n'est national, au moins régional. Les sages-femmes AAD couvrant des territoires regroupant différents établissements, il semble en effet essentiel de définir une politique commune afin d'optimiser les conditions de transferts.



## Intégration aux réseaux de santé locaux

**15 sages-femmes AAD sont adhérentes de leur réseau périnatal régional.** 23 sages-femmes AAD sont intégrées au circuit des dépistages néonataux de leur réseau périnatal. 1 sages-femmes déclare participer à des groupes de travail avec son réseau périnatal et 3 déclarent participer à de Revues de Mortalité et Morbidité (RMM).

Les sages-femmes AAD ont su s'intégrer aux réseaux et en particulier afin de répondre à la nécessité de mise en place des dépistages néonataux coordonnés et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Idéalement toutes les professionnelles devraient l'être.

**17 répondantes déclarent que leur conseil départemental de l'ordre des sages-femmes connaît leur pratique de l'AAD et est en accord avec elle** (allant de tolérant à soutenant). Cependant pour 8 d'entre elles, l'ordre manifeste son désaccord avec cette pratique (menaces, convocations, agressions verbales...). 5 sages-femmes déclarent que leur ordre ne connaît pas officiellement leur pratique et 1 ne sait pas.

Une telle disparité dans le positionnement des conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes pose question. Un positionnement officiel du conseil national semble opportun.

## Suivi des grossesses

**37 sages-femmes AAD déclarent proposer un accompagnement global de la naissance** (AGN) tel que défini par l'ANSFL. Parmi les 2 répondantes ne pratiquant pas l'AGN, les sages-femmes délèguent le suivi de grossesse à une collègue et réalisent l'entretien préalable à l'AAD, le suivi de l'accouchement et le suivi suites de couches.

Parmi les 16 sages-femmes réalisant un suivi en AGN et exerçant avec d'autres sages-femmes, 7 voient les femmes en alternance avec leur binôme. Les 9 autres suivent intégralement la femme et lui demande de rencontrer le binôme afin d'établir un contact anténatal, selon les cas par le biais de :

- Entretien prénatal
- Préparation à la naissance
- Monitoring de fin de grossesse

## Sélection des patientes

**Toutes les répondantes (sauf 3) utilisent la classification HAS 2016 sur l'orientation et le suivi des femmes enceintes** dont 15 le font de façon systématique et 13 adaptent selon les situations et l'histoire globale de la patiente.

Parmi les 3 sages-femmes n'utilisant jamais la classification HAS, 2 ont été diplômées à l'étranger et justifient leur choix par l'utilisation d'autres référentiels. La 3ème n'a pas expliqué son positionnement. Celle-ci ayant plus de 50 ans il est légitime de s'interroger si cela est dû à des habitudes de travail n'intégrant pas les récentes recommandations HAS sur le suivi des femmes.

Les sages-femmes AAD françaises s'assurent donc du bas risque obstétrical en se référant aux normes définies par la HAS.

Parmi les sages-femmes n'utilisant pas systématiquement la classification HAS, ces arguments sont mis en avant :

- Cas pour lesquels la « Médecine Fondée sur les preuves » (EBM) ou des références anglo-saxonnes se positionnent différemment de l'HAS et semblent plus pertinents dans un contexte extrahospitalier



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

- Certains facteurs de risques sont évalués de façon plus individuelle que la HAS. Par exemple : l'âge, les antécédents de césarienne, la suspicion de macrosomie évaluée selon le morphotype et le contexte clinique.

L'effet du non-positionnement de l'HAS qui exclut la naissance à domicile de ses recommandations laisse un vide avec lequel les sages-femmes françaises doivent composer. Toutefois, l'évaluation des facteurs de risque de manière individuel apparaît indispensable dans une approche globaliste et holistique de la pratique sage-femme. Aussi un référentiel, s'il semble important, ne saura remplacer le sens clinique des praticiennes et la discussion avec les couples.

### Anticipation des transferts potentiels

**Toutes les sages-femmes en cours d'exercice AAD, adressent leurs patientes en maternité pour une consultation pré-anesthésie** et toutes- sauf une - pour une ouverture de dossier obstétrical.

18 sages-femmes demandent aux femmes d'informer la maternité de référence que l'accouchement est programmé à domicile ou le font elles-mêmes. Pour les autres l'information n'est pas systématique. Soit du fait d'un climat hostile, soit car le choix est laissé aux patientes. Pour autant elles affirment qu'elles essaient que le projet soit connu dans la plupart des cas.

Le refus d'intégration de l'AAD dans certains territoires limite l'anticipation des transferts.

La majorité des répondants (30) des sages-femmes visite le domicile des parents avant la naissance, de façon systématique. Les critères d'évaluation de l'adaptation du domicile au projet d'AAD sont :

- Distance domicile – hôpital de référence (30)
- Accessibilité extérieure au domicile (voierie, possibilité de stationnement...) (30)
- Aménagement intérieur de l'habitat et notamment accessibilité aux secours mobiles (29)
- Salubrité (22)

23 sages-femmes organisent cette visite d'évaluation avant la 36ème semaine d'aménorrhées (SA). Les autres la réalisent au cours du 9ème mois.

Toutes les sages-femmes ayant répondu évaluent la distance domicile/maternité. Les limites maximums de temps vont de 30 à 45 min, une seule sage-femme accepte un délai de 60 min.

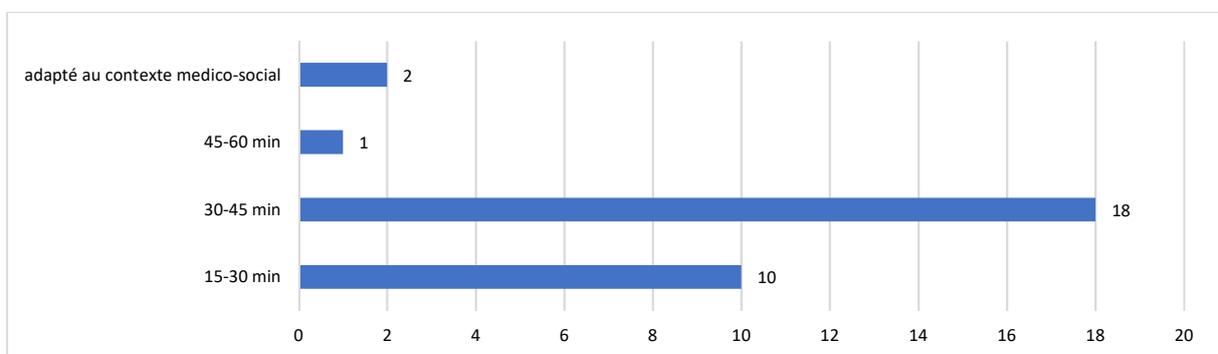


Figure 8 : Distance Maternité - Domicile



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

S'il n'existe pas de référentiel en France, il est possible de constater que toutes les sages-femmes AAD évaluent le lieu de naissance et les possibilités d'intervention des secours selon les normes de la littérature internationale et des référentiels étrangers.

## Accouchement

Parmi les sages-femmes exerçant avec une ou plusieurs collègues, 11 accompagnent seule le travail et la naissance. 6 ont un accord passé avec une collègue afin que celle-ci soit disponible pour venir l'assister si besoin. 3 sages-femmes pratiquent le suivi de l'accouchement à 2 sages-femmes, soit dès le début du travail, soit avec l'assistance de la 2<sup>nd</sup> sage-femme pour le 2<sup>eme</sup> et 3<sup>eme</sup> stade du travail. 3 sages-femmes, enfin, adaptent les conditions au profil médico-social de la femme.

10 sages-femmes travaillant à plusieurs sages-femmes ont un système d'astreinte pour se répartir les naissances et assurer des temps de repos compensateurs. Les organisations sont très disparates allant d'astreinte de 1 mois à une journée. 3 ne se relaient que si l'une d'elles est en vacances.

Le contexte français ne permet que rarement le travail en équipe mais les sages-femmes AAD ont su mettre en place des stratégies pour améliorer les conditions d'exercice.

## Matériel des sages-femmes AAD

**Toutes les sages-femmes répondant à l'enquête, disposent de matériel pour effectuer une surveillance du bien être fœtal** : 22 d'entre elles disposent d'un cardiotocographe (CTG). Parmi celles n'ayant pas de CTG, toutes ont un doppler fœtal. 8 sages-femmes utilisent uniquement un doppler.

Ceci est cohérent avec les dernières recommandations HAS 2018 sur l'accouchement physiologique.

De même, **toutes les sages-femmes disposent de médicaments d'urgences, dont ocytociques et solutés de remplissage, et de sets permettant la pose de voie veineuses périphériques à la mère.**

**27 d'entre elles sont équipées pour stabiliser une urgence vitale chez la mère** (hémorragie post partum principalement) ou l'enfant (détresses respiratoires).



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

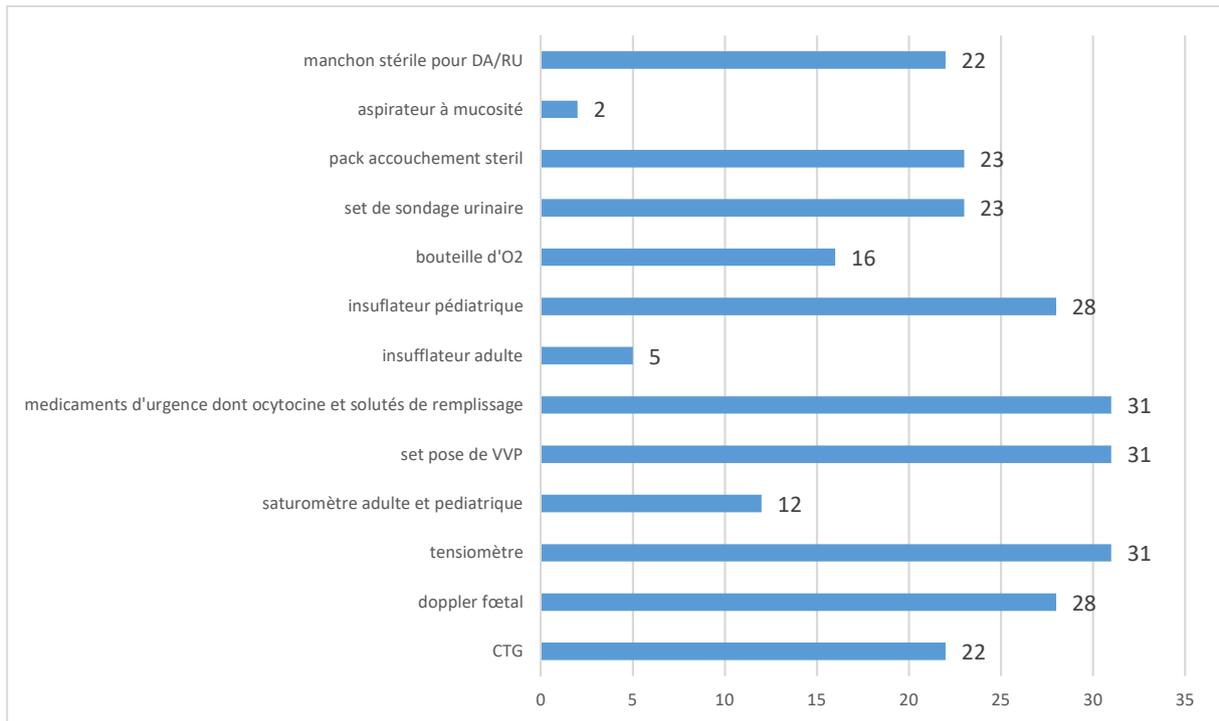


Figure 9 : Equipement des sages-femmes AAD

Même si une certaine disparité existe, les sages-femmes AAD adaptent leur pratique et le matériel nécessaire aux recommandations. Cependant, certaines pratiques interpellent. Un référentiel serait donc pertinent pour définir clairement le niveau d'exigence matérielle.

### Formation Médicale Continue (FMC)

Toutes les sages-femmes participent à des actions de formation continue en rapport avec la pratique de l'AAD. Le graphique ci-dessous présente la répartition des thèmes. Une large proportion (26) sages-femmes suivent des formations sur la gestion des urgences obstétricales et pédiatriques en milieu extrahospitalier.

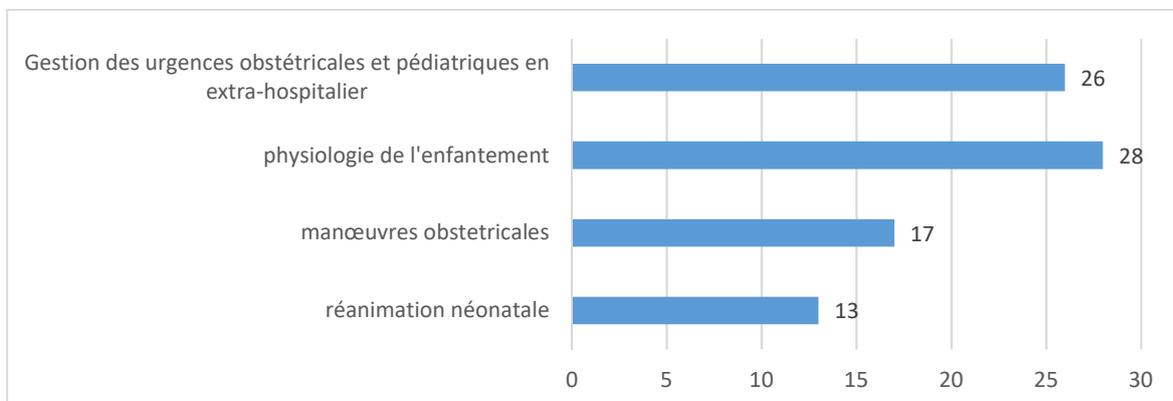


Figure 10 : thème des formations médicales continues suivies par les SF répondants



## L'accouchement accompagné à domicile : Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Dans la majorité des cas, elles accèdent aux formations relatives à la gestion de l'urgence via des groupements de sages-femmes AAD qui s'organisent pour les proposer localement. Toutefois 4 des déclarantes accèdent à des formations via leur réseau périnatal et 3 via leurs hôpitaux partenaires.

En plus de ces formations 11 sages-femmes déclarent participer à des groupes de pairs, évaluation des pratiques professionnelles et/ou Revue de Morbi-Mortalité.

En l'absence de formations spécifiques en France, les sages-femmes AAD ont su aller chercher à l'étranger des modèles de formation et d'exigence d'entretien des compétences, adaptés à leur pratique extrahospitalière. L'intégration des sages-femmes AAD aux réseaux périnataux et/ou aux centres hospitaliers partenaires, permet une offre de formation locale et plus facilement accessible.

## ORGANISATION DES LIENS SAGES-FEMMES – HOPITAUX

**11 sages-femmes ont un accord avec certains CH de référence, 2 ont un accord avec tous leurs partenaires.** 18 sages-femmes n'ont pas pu établir d'accords avec leurs Centres Hospitaliers (CH) de référence.

Quand ils sont en place, les partenariats avec les hôpitaux de référence ne font pas l'objet d'accords écrits, ni de protocoles de transferts. Dans les accords oraux, 5 thèmes se distinguent :

- Inscription dans la maternité
- Accompagnement des femmes au sein du CH lors d'un transfert et organisation du relais
- Information du CH de l'issue de l'accouchement
- Modalités de transfert (fiche de liaison, relation SAMU...)
- Participation au staff pluridisciplinaire du CH pour discuter de dossiers pour lesquels un doute apparait, ou pour échanger suite à un désaccord sur une prise en charge ou un transfert

### Freins à la mise en place d'accords avec les CH

Dans la mise en place d'accords, il est à noter que :

- Aucune sage-femme n'a été assistée de son conseil départemental de l'ordre (CDO)
- Une seule sage-femme a bénéficié de l'intervention du réseau périnatal qui a mis en place un suivi des AAD dans la région et l'accès aux formations
- Aucune sage-femme n'a été assistée de son ARS

Pour 12 sages-femmes, l'absence d'accord, qu'il soit oral ou écrit, vient d'un refus de l'hôpital et/ou ses praticiennes, ou d'une impossibilité à trouver un accord satisfaisant pour les deux parties. Un tiers des sages-femmes n'ont pas entrepris de démarches soit parce que leur pratique est ancienne et bien intégrée (3) soit parce qu'elles n'en ont pas senti la nécessité, au regard du déroulement des transferts jusqu'alors.

Une politique nationale ou régionale permettrait de faciliter la mise en place d'accords sages-femmes AAD - CH. Les réseaux périnataux ont notamment pour mission l'organisation et le suivi des transferts inter-établissements et ville/hôpital et semblent les interlocuteurs privilégiés pour mettre en place des schémas d'organisation régionaux, notamment quand la sage-femme travaille avec plusieurs CH.



## Climat des transferts en l'absence d'accord

Pour 13 répondants les conditions d'accueil de transferts et de relais de prise en charge sont « praticien-dépendant » du fait de l'absence d'accord. Dans les autres cas, les sages-femmes estiment que les relais sont professionnels et centrés sur la patiente.

De même dans un tiers des cas, l'organisation du relais est jugée « praticien-dépendant », et « bien organisée » dans un second tiers.

Malgré l'absence de consensus national, les sages-femmes évaluent majoritairement les transferts comme étant de bonne qualité. Toutefois le caractère « praticien-dépendant » est préjudiciable pour les femmes.

## Accords avec les services de secours

**6 sages-femmes ont réussi à mettre en place des accords avec les services d'urgences mobiles dans le cadre des transferts d'AAD, malgré l'absence de politique nationale.** Dans tous ces cas les accords sont passés avec le SAMU. Parmi ces 6 sages-femmes, une seule a passé un accord écrit direct et une autre un accord via la maternité partenaire. Les accords reposent sur 2 fonctionnements principaux :

- Enregistrement de la patiente auprès du SAMU comme patiente « remarquable » durant la grossesse
- Appel de la régulation pour avertir d'un AAD en cours et ouvrir un dossier, puis rappel pour clôturer le dossier en fin de surveillance.

Les sages-femmes ayant pu mettre en place un accord avec le SAMU estiment que cela a amélioré les conditions et les délais de transfert.

## Organisation concrète des transferts

**31 sages-femmes disent contacter la maternité d'accueil pour avertir du transfert et de son motif.** Selon la situation, elles transfèrent via le SAMU ou par les moyens personnels de la famille quand le motif de transfert n'est pas urgent et ne nécessite pas de médicalisation durant le trajet.

Plusieurs sages-femmes interrogées, qui travaillent dans un climat compliqué, ont pointé des difficultés directement liées à l'absence de politique nationale :

- Impossibilité pour certaines de faire les transmissions au CH car accès refusé par les équipes, pouvant engendrer une perte de chance pour la patiente.
- Menace de plainte ordinale ou/et pénale amenant un climat stressant contraire aux bonnes conditions de transferts.

A contrario pour les sages-femmes ayant de bonnes relations avec les CH, elles soulignent le passage de relais facilité par un accueil cordial, une équipe volontaire à respecter le projet de naissance de la famille et l'existence d'un dossier obstétrical ou fiche de liaison.



## CLIMAT DE TRAVAIL DES SAGES-FEMMES AAD EN FRANCE

### Gestion des événements indésirables liés à un AAD

**Aucune des sages-femmes en exercice n'a jamais déclaré d'Événements Indésirables (EI)**, alors que plusieurs relatent des difficultés de coordination des soins avec les CH partenaires. Une des sages-femmes ayant cessé sa pratique a déclaré un EI pour donner suite à un incident de relais de prise en charge d'une patiente.

Les sages-femmes AAD, semblent ne pas ou peu connaître les procédures de suivi des événements indésirables et n'y recourent donc pas. Celles qui connaissent ces procédures n'y recourent pas du fait du climat complexe.

**31 sages-femmes n'ont jamais fait l'objet de déclaration d'événements indésirables (EI)** auprès du réseau périnatal ou d'événements indésirables graves (EIG) auprès de l'ARS, durant toute leur carrière. Au cours des 5 dernières années, 5 ont fait l'objet d'un EI et 4 d'un EIG.

Parmi les événements indésirables (EI) déclarés, les motifs suivants apparaissent :

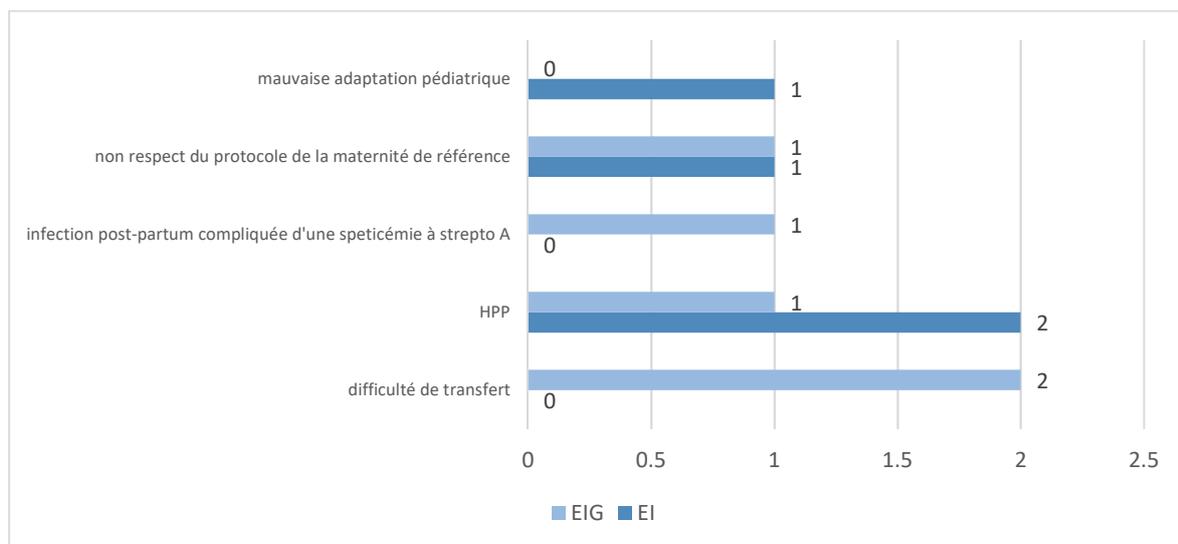


Figure 11 : Motifs de déclaration d'EI ou EIG sur les 5 dernières années

Le traitement des EI et EIG déclarés dans le cadre des AAD sont dépendants du lieu d'exercice de la sage-femme. L'attention de l'APAAD est attirée par le fait que 5 dossiers sur les 9 n'ont pas fait l'objet d'une analyse factuelle de type RMM ou staff, pourtant l'un d'eux a fait l'objet d'une plainte au CDOSF et 4 d'un signalement.

Action d'analyse et/ou d'amélioration	Aucune action ordinale	Signalement ordinal	Plainte ordinale
Aucune action suite à la déclaration d'EI	0	4	1
Tenue d'une RMM <b>sans</b> SF AAD	0	0	1
Tenue d'une RMM <b>en présence de</b> SF AAD	1	1	1

Figure 12 : suites données aux déclarations d'EI ou EIG



## L'accouchement accompagné à domicile : Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Un dossier a fait l'objet d'une RMM auquel la sage-femme responsable de l'AAD n'a pas été conviée ce qui pose grandement question.

Enfin, le dossier signalé au CDOSF et n'ayant pas fait l'objet d'une analyse ou discussion concerne des difficultés de transfert. Cette problématique implique différents acteurs (sages-femmes/SAMU/CH), or seule la sage-femme est inquiétée et aucune solution pour les futurs transferts n'est recherchée.

6 des 9 sages-femmes déclarent que l'exposé des faits comportait des éléments fallacieux démontrés lors des RMM ou médiations lorsqu'elles ont été réalisées.

Pour les sages-femmes ayant participé à des RMM au cours de leur exercice en AAD cela a permis d'ajuster les pratiques lors des AAD pour une meilleure coordination des soins. Pour une sage-femme cela a permis une sortie de crise, pour une autre cela a permis une intégration de l'offre AAD et une formalisation de la pratique au niveau local.

Les sages-femmes AAD ne semblent pas bénéficier du même traitement que les sages-femmes hospitalières : une sévérité plus grande et une mise à l'écart transparaît dans les méthodes de traitement des événements indésirables.

### Sinistralité des sages-femmes AAD

Parmi les répondants, 30 n'ont jamais fait l'objet d'une plainte de la part d'une famille alors que 6 en ont fait l'objet de la part d'un établissement de santé ou d'un praticien. Les CH portent plainte sans que les familles n'estiment avoir subi de préjudices ou ne se soient plaintes d'un problème de prise en charge.

Sur les 3 plaintes émanant de familles les motifs sont :

- Faute déontologique pour donner suite à une décision de la sage-femme de transfert en cours d'accouchement et dont le motif de transfert est contesté par la famille (dystocie de la phase de latence) ; la plainte ordinaire a entraîné l'interdiction temporaire d'exercice ;
- Complication périnéale à la suite de la non-résorption d'un point ; la procédure civile est en cours et la procédure ordinaire a donné lieu à une interdiction d'exercer de 1 mois ;
- Patient suivie à partir du 5ème de grossesse sans vérification de la sérologie rubéole et séroconversion. Condamnation à dommages et intérêts par le tribunal civil.

Sur les 6 plaintes émanant d'établissements, 5 ont été portées auprès de l'ordre des sages-femmes et 2 devant le tribunal pénal (homicide involontaire dans le cadre du décès d'un nouveau-né ; mauvaise adaptation néonatale).

Les motifs de plaintes sont :

- Accompagnement d'un accouchement voie basse à domicile après césarienne
- Décès néonatal à H24 par hémorragie digestive
- Infection post-partum à streptocoque A
- Mise en danger des mères et des enfants
- Mauvaise adaptation pédiatrique

5 des 9 sages-femmes ont été acquittées en procédure disciplinaire, la procédure pénale pour homicide involontaire est toujours en cours. La seconde plainte ayant été portée devant le tribunal pénal n'a pas eu de suite, l'enquête préliminaire ayant disculpé la sage-femme.

Enfin deux sages-femmes ont été poursuivies à la suite d'une plainte émanant directement de leur CDOSF sans plainte d'un établissement ou d'un patient. Cette plainte a conduit à une radiation pour l'une et à une interdiction temporaire d'exercice d'un an et un avertissement pour l'autre.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Au moment de l'enquête, une seule sage-femme a été condamnée à des dommages et intérêts s'élevant à 3000€ (cas de rubéole congénitale).

Le taux de plaintes envers les sages-femmes AAD, émanant de CH ou de praticiens semble inhabituellement élevé par rapport au taux de plaintes envers les sages-femmes en général. Cela questionne d'autant plus que, pour les procédures déjà jugées, plus de la moitié des sages-femmes AAD ont été acquittées. Une enquête indépendante sur ce sujet semble nécessaire pour objectiver la situation.

### Actions à visées coercitives à l'encontre des sages-femmes AAD

Les sages-femmes ont été interrogées sur les pratiques coercitives qu'elles estiment subir après leur avoir rappelé les définitions juridiques de la diffamation et du harcèlement.

La pratique la plus répandue est la diffamation privée ou publique : un tiers des sages-femmes AAD déclarent la subir. Les propos diffamatoires émanent autant d'établissements de santé (lors de consultation d'ouverture de dossier notamment) que des praticiens et confrères libéraux. Pour 5 sages-femmes, ces propos diffamatoires émanent de leur propre conseil de l'ordre.

## LES BESOINS POUR FAVORISER L'INTEGRATION DE LA PRATIQUE AAD

**L'état des lieux de la pratique permet d'affirmer que l'intégration de l'offre AAD au schéma de santé périnatale est possible en France. Celui-ci est déjà en place dans certaines régions.**

Après analyse des données recueillies et traitements des commentaires des sages-femmes ayant répondu à l'enquête, il semble important de noter les besoins pour atteindre cet objectif :

- Reconnaître le droit fondamental des femmes à donner naissance où et avec qui elles le souhaitent, et des sages-femmes à y répondre, par un positionnement clair des différentes instances nationales (ordre des sages-femmes et médecins, HAS, collèges professionnelles, ministères...)
- Reconnaître la pratique AAD en France avec notamment l'intervention du conseil de l'ordre des sages-femmes et du ministère de la santé, la reconnaissance des compétences des sages-femmes AAD et du bien-fondé de leur offre de soin. Favoriser un climat de travail serein et une mise en réseaux.
- Obtenir une assurance responsabilité civile et protection judiciaire (RCP/PJ) pour leur pratique de l'AAD afin de répondre à leur obligation légale, être en capacité de se défendre dignement et sécuriser leur pratique ;
- Favoriser l'intégration de l'offre AAD au sein des réseaux périnataux et de l'offre nationale ;
- Encourager et favoriser des accords avec les CH (procédure de transfert AAD avec les SAMU, procédure de demande d'avis avec les CH référents...) ;
- Inclure la pratique de l'AAD dans la formation initiale des sages-femmes en vue de développer cette pratique, favoriser la formation continue et l'échange entre groupe de pairs.
- Elaborer des référentiels nationaux (recommandations de bonnes pratiques) sur l'accouchement extrahospitalier programmé tant à destination des sages-femmes qui le pratique que des autres acteurs étant amenés à y participer.
- Encourager la pratique de l'AAD auprès des sages-femmes pour assurer une meilleure couverture du territoire par l'augmentation du nombre de sages-femmes AAD.



# PARTIE III

## RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2018 :

### RESULTATS

Après avoir présenté le portrait des femmes ayant accouché en 2018 à domicile, les différents indicateurs périnataux de la population AAD sont étudiés. Ceux-ci correspondent aux indicateurs recommandés au niveau européen, à savoir :

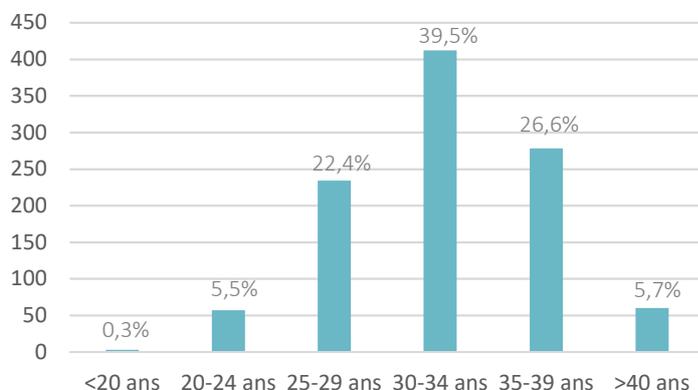
- Les indicateurs concernant le déroulement du travail et de l'accouchement
- Les indicateurs néonataux
- Les indicateurs concernant les transferts, et ce afin d'illustrer l'issue des naissances à domicile et la morbi-mortalité qui en résulte.

#### PROFIL DES FEMMES ACCOMPAGNEES

Deux indicateurs recommandés au niveau européen ont été étudiés : l'âge et la parité. Le niveau de risque selon la classification HAS a été également ajouté.

##### Age

**L'âge moyen de la population AAD est de 32 ans.** La plus jeune femme a 19 ans au moment de l'accouchement et la plus âgée 47 ans. Un peu plus d'un tiers des femmes avait entre 30 et 34 ans au moment de l'accouchement, un tiers avait plus de 35 ans et moins de 1% avaient moins de 20 ans. Aucune n'était mineure.



Profil de la patiente	Effectif	% du total
<20 ans	3	0,3%
20-24 ans	57	5,5%
25-29 ans	234	22,4%
30-34 ans	412	39,5%
35-39 ans	278	26,6%
>40 ans	60	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>1046</b>	<b>100%</b>

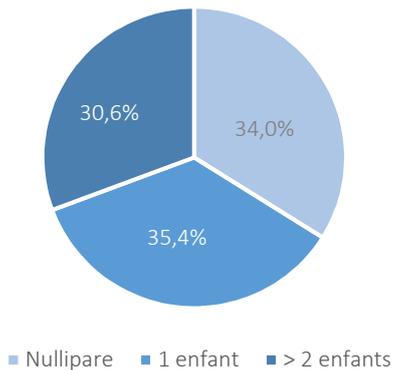
Figure 13 : répartition dans les différentes tranches d'âge



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

## Parité

Pour 34% des femmes il s'agissait du 1er accouchement et pour 35% du second enfant. 4,3% des femmes de la population AAD sont de grandes multipare (> ou = 5 accouchements).

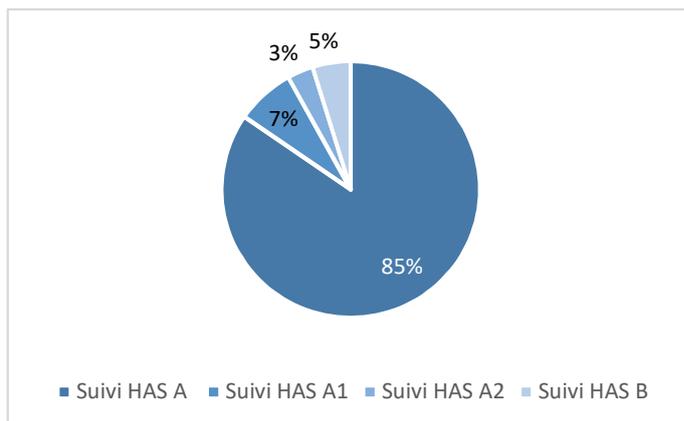


Profil de la patiente	Effectif	% du total
Nullipare	355	34,0%
1 enfant	370	35,4%
> 2 enfants	321	30,6%
TOTAL	1046	100%

Figure 14 : parité

## Niveau de risque

84,6% des femmes de la population étudiée étaient classées suivi A, soit à bas risque strict selon la HAS, qu'il s'agisse des antécédents ou du déroulement de la grossesse. 10,7% relevaient d'un suivi A1 ou A2, l'avis d'un gynécologue ou d'un autre spécialiste a donc pu être nécessaire selon le cas. Enfin 4,8% des femmes relevaient d'un suivi B nécessitant selon la HAS, un suivi régulier par un gynécologue-obstétricien. La sage-femme et le couple ont cependant maintenu le projet d'accouchement à domicile avec ou sans avis de gynécologue selon les situations.



Niveau de suivi HAS	Effectif	% du total
Suivi A	885	84,6%
Suivi A1	77	7,4%
Suivi A2	34	3,3%
Suivi B	50	4,8%
TOTAL	1046	100%

Figure 15 : proportion de femmes dans chaque niveau de risque obstétrical selon les critères HAS

Concernant en particulier les suivis B, peu de précisions sur les causes sont disponibles. Ce type de suivi n'était pas envisagé lors de la conception de l'enquête et les détails connus ont été laissés en commentaire de fin de questionnaire par les sages-femmes concernées. Ils ne permettent pas une analyse fine de ces types de suivi avec AAD.



## L'accouchement accompagné à domicile : Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Le dépassement de terme est l'une des causes les plus fréquentes. Ces situations peuvent être suivies en binôme avec l'équipe hospitalière référente afin d'assurer la continuité des soins en cas de nécessité de transfert. Si le déclenchement du travail est spontané avant 42 SA et la surveillance post-terme normale, la femme peut accoucher chez elle.

Les autres femmes dans le suivi B dont la cause est connue ont pour antécédent une césarienne ou portait un enfant en présentation du siège. Le taux de femme avec utérus cicatriciel ne peut pas être estimé du fait de l'absence de questions systématiques à ce sujet. Les enfants avec une présentation du siège (7) ont été transférés en per-partum (4) quand le délai l'a permis. Il s'agissait de sièges inopinés.

Enfin une femme a été accompagnée à domicile, en équipe pluridisciplinaire dont soins palliatifs, du fait d'une trisomie 13 diagnostiquée en anténatal chez son fœtus. Cette prise en charge particulière s'intégrait donc dans un suivi coordonné au sein du réseau.

## LE DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

### Modalités de mise en travail

Les modalités de mise en travail n'ont pas été étudiées, puisque par définition, à domicile, le déclenchement médicamenteux de l'accouchement est impossible et ses indications font sortir la femme du bas risque obstétrical.

**98,4% des femmes ont accouché entre 37 et 41 SA** dont 64,6% après la 40<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.

Age gestationnel	Effectif	% du total
<37 SA	4	0,4%
37 SA	28	2,7%
38 SA	97	9,3%
39 SA	241	23,0%
40 SA	417	39,9%
41 SA	246	23,5%
42 SA	13	1,2%
TOTAL	1046	100%

Figure 16: Age Gestationnel lors de la mise en travail

### Transferts per-partum

12,7% des accouchements (n=133) ont nécessité un transfert per-partum que ce soit du fait d'une anomalie du travail ou afin de bénéficier d'une méthode d'analgésie médicamenteuse.

Au-delà des demandes d'analgésie isolée, ce sont **10,2% de femmes (n=107) qui ont été transférées suite à l'apparition d'une pathologie ou à la suspicion d'une pathologie du travail.**

Les 3 causes principales de transferts sont :

- La non-progression de la dilatation cervicale (67)
- La stagnation de la présentation fœtale (21)
- La demande d'analgésie (16).



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Cause du transfert	Effectif	% du total
Non progression de la dilatation	67	50.4%
Non progression de la présentation	21	15.8%
Souhait d'analgésie péridurale	16	12.0%
Non réponse	10	7.5%
Altération du rythme cardiaque fœtal	8	6.0%
Liquide Amniotique teinté	5	3.8%
Présentation fœtale dystocique	4	3.0%
Saignements perpartum anormaux	1	0.8%
Hyperthermie maternelle	1	0.8%
TOTAL	133	100%

Figure 17 : Différentes causes de transfert per-partum immédiat et leur Proportion

Il est à noter que certaines femmes ont été transférées du fait de plusieurs motifs. Elles ont pu présenter 1 à 3 motifs simultanés (ex : dystocie mécanique avec altération du rythme cardiaque fœtal par exemple).

**Le nombre de femmes ayant eu effectivement recourt à l'analgésie péridurale (APD) après le transfert n'est pas connu, mais 1,52% des femmes de la population totale étudiée ont sollicité un transfert pour en bénéficier.** Certaines femmes ont pu être transférées en raison d'une pathologie du travail associée à une demande d'analgésie, notamment dans les cas de dyscinésie cervicale.

### Modalité d'expulsion

Toutes les femmes ayant accouché à domicile ont accouché par voie basse non instrumentale. Dans cette première enquête, les sages-femmes n'ont pas été interrogées sur l'issue des naissances après transfert per-partum. Il est donc impossible de connaître le taux de césarienne, ni de naissances instrumentées. Pour l'enquête 2019, cette dimension sera intégrée au questionnaire.

**1035 (98,9%) fœtus se trouvaient en présentation céphalique physiologique.**

Parmi les présentations non céphaliques ou pathologiques, un tiers (n=11) ont accouché à domicile (trois sièges et un front). Une de ces femmes seulement a été transférée en post-partum immédiat, du fait d'une rétention placentaire. Les 4 bébés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8 à 1 minute de vie.

**La durée d'ouverture de l'œuf est inférieure à 12h pour 87,6% des femmes. 101 (11,06%) enfants sont nés « coiffés », c'est-à-dire nés dans leur poche des eaux.**



## POST-PARTUM IMMEDIAT

### Délivrance

**96,6% des femmes ayant effectivement accouché à domicile (n=913) ont présenté une délivrance normale et complète.**

Seule 4 ont bénéficié d'une gestion active de la 3<sup>ème</sup> phase du travail ; c'est-à-dire d'une délivrance dirigée par injection d'ocytocine de synthèse au moment du dégagement de l'épaule postérieure du bébé ou dans les minutes qui suivent [9].

Modalités de délivrance	Effectif	% du total
Délivrance Normale Complète (DNC)	882	96.6%
Délivrance Normale Incomplète (DNI)	7	0.8%
Délivrance Artificiel (DA)	15	1.6%
Délivrance Dirigée (DD)	4	0.4%
Sans réponse	5	0.5%
TOTAL	913	100%

Figure 18 : Modalité de la délivrance

**0,54% (n=5) des femmes ont présenté une hémorragie du post-partum (HPP) sévère (>1000ml).** Les pertes ont été évaluées par pesée ou sac de recueil dans 83% des cas.

**1,53% (n=14) des femmes ont été transférées pour cause d'HPP et 1,31% pour rétention placentaire ou membranaires sans HPP (cf figure 18).**

Parmi les 15 femmes ayant nécessité une délivrance artificielle (DA), 12 avaient été transférées pour anomalies de la délivrance (HPP ou DNI). Celle-ci a donc eu lieu à l'hôpital après transfert post-partum immédiat.

Pour les 3 autres, la délivrance artificielle (DA) a été réalisée à domicile et n'a pas donné lieu à transfert. Dans le recueil de données il n'a pas été apporté de précisions sur la conduite à tenir des sages-femmes pour ces 3 patientes (prévention du risque infectieux, modalité de la surveillance post-partum). Il serait intéressant d'en savoir plus pour comparer la prise en charge aux recommandations en vigueur.

### Etat périnéal

Parmi les femmes ayant accouché à domicile, **65,4% ont un périnée intact suite à l'accouchement**, 33,7% présentaient une déchirure du 1er ou du 2nd degré et seule 0,2% une déchirure complète. Aucune n'a présenté de déchirure complète compliquée. **Seulement 0,3% des femmes de la population étudiée a subi une épisiotomie.**



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Etat périnéal	Effectif	% du total
Périnée intact	597	65,4%
Déchirure 1er et 2nd degré	308	33,7%
Périnée complet ou complet compliqué	2	0,2%
Episiotomie	3	0,3%
Sans réponse	3	0,3%
<b>TOTAL</b>	<b>913</b>	<b>100%</b>

Figure 19 : Etat périnéal à l'issue de l'accouchement

Parmi les femmes ayant présenté une déchirure périnéale, 53% des cas n'ont pas nécessité de suture.

Sur l'ensemble de la population étudiée, **seul 11,1% des cas (116) ont ainsi nécessité une suture des lésions musculo-cutanéomuqueuses.**

### Transferts maternels en post partum immédiat

**27 femmes (2,6%) ont été transférées en post-partum immédiat.**

Dans tous les cas sauf un, la cause était une anomalie de la délivrance (le cas isolé était dû à la non-évacuation du stérilet). Le tableau ci-après montre la distribution des anomalies de la délivrance.

Motif principal de transfert	Effectif	% du total
Rétention placentaire sans HPP	10	37,0%
HPP avec délivrance complète	12	44,4%
Rétention placentaire avec HPP	2	7,4%
Rétention de membranes/ caillots	2	7,4%
Non évacuation du DIU	1	3,7%
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Figure 20 : Causes de transferts maternels en post-partum immédiat et leur proportion

### Néonatal

Le poids de naissance moyen des enfants nés à domicile est de 3 440g avec des extrêmes allant de 2000 et 5 000g.

Poids de naissance	Effectif	% du total
< 2500g	3	0,3%
2500g à 4000g	788	86,3%
4000g à 4500g	94	10,3%
> 4500g	9	1,0%
Sans réponse	19	2,1%
<b>TOTAL</b>	<b>913</b>	<b>100%</b>

Figure 21 : poids de naissance des enfants nés à domicile



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

L'ensemble des enfants nés à domicile sont nés vivants.

- A 1min de vie, 99% des enfants avaient un score d'Apgar >7
- A 5 minutes de vie, 100% d'enfants avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7
- **Le score d'Apgar était > 9 pour 98,5% des nouveau-nés à 5 minutes de vie et pour 99,5% à 10 minutes de vie.**

Seul 1% des nouveau-nés (n=9) ont nécessité une ventilation, ce qui correspond au 1% d'enfants né avec un Apgar <7 à 1 minute de vie.

**Dans tous les cas l'algorithme de réanimation [10] n'a pas dépassé le stade de la ventilation pour rétablir un bon état général chez l'enfant.** Ceux-ci n'ont donc pas eu besoin d'intubation, de médication, ni de massage cardiaque.

	Valeur 0	Valeur 1	Valeur 2	TOTAL
Activité cardiaque	De 0 à < 80	FC <sup>(2)</sup> > 80 et < 100	FC > 100	
Activité respiratoire	Absence ou quasi-nulle	Lente et irrégulière	Cri vigoureux	
Tonus musculaire <sup>(1)</sup>	Hypotonie	Légère flexion des extrémités	Normal	
Réactivité (stimulation)	Nulle	Grimace	Vive	
Coloration cutanée	Pâleur ou cyanose généralisée	Imparfait, cyanose des extrémités	Uniformément rose	

TOTAL (0 – 10)

-Score ≥ 7 Bonne adaptation à la vie aérienne

-Score de 6 à 3 (3) Situation intermédiaire

-Score ≤ 3 Etat de mort apparente

(1) Observation de l'hypotonie globale, de la flexion des jambes

(2) Fréquence cardiaque calculée en battements/minute

(3) Selon le score obtenu, le nourrisson fait l'objet d'une prise en charge spécifique : ventilation, O2, perfusion, intubation, voire réanimation.

Figure 22 : Définition du score d'Apgar

## Transferts néonataux en post-partum immédiat

6 des enfants (0,66%) nés à domicile ont dû être transférés en post-partum immédiat.

Motif principal de transfert	Effectif	% du total
Détresse Respiratoire	3	50,0%
Surveillance suite réanimation	1	16,7%
Anomalie lors de l'examen de naissance nécessitant un bilan	1	16,7%
Hypothermie/hypoglycémie	1	16,7%
TOTAL	6	100%

Figure 23 : Causes de transferts post-partum néonataux immédiats et leur proportion

## Alimentation de l'enfant

**97,4% des enfants nés à domicile (n=889) sont allaités exclusivement à la naissance et dans le post-partum précoce.** Moins de 1% sont exclusivement alimentés de préparation pour nourrisson.



## HOSPITALISATION DURANT LA 1<sup>E</sup> SEMAINE DE VIE

6 femmes, soit 0.6% de la population totale, ont dû être hospitalisées dans les 8 jours suivants la naissance.

Motif principal d'hospitalisation maternelle	Effectif	% dans la population totale
Suspicion infection	2	0,2%
Non connu	3	0,3%
Insuffisance cardiaque à j6, hospitalisée en cardiologie, sans lien avec l'accouchement	1	0,1%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>0.6%</b>

Figure 24 : causes des hospitalisations maternelles dans les 8 premiers jours de vie

20 nouveau-nés, soit 2.1% de la population étudiée, ont été hospitalisés dans les 8 jours suivant la naissance. Les causes sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Principal motif d'hospitalisation pédiatrique	Effectif	% dans la population totale
Malformations	6	0,6%
Ictères	3	0,3%
Suspicion infection materno-foetale	3	0,3%
Déshydratation	2	0,2%
Bilan néphrologique pour hydronéphrose dépistée en anténatal et suivi programmé	1	0,1%
Autre non précisé	5	0,5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>2,1%</b>

Figure 25 : causes de transferts pédiatriques dans les 8 premiers jours de vie



# PARTIE IV

## COMPARATIF AVEC LA POPULATION FRANÇAISE

Afin de mettre les résultats de ce rapport en perspective il est apparu important de les comparer aux données épidémiologiques de la population française. Pour rappel les résultats AAD sont comparés aux données de l'enquête périnatale 2016 (EPN) et à celles de la base de données AUDIPOG « bas risque, maternité niveau I ». Ces comparatifs ne peuvent pas servir à généraliser les conclusions comme expliqué dans la partie « méthodologie ».

Enfin l'APAAD a également souhaité conclure cette partie par une ouverture sur les pratiques internationales afin d'offrir une vision plus globale de la question de la naissance à domicile.

### PROFIL DES FEMMES ACCOMPAGNEES

#### Age

Avec un âge moyen de 32 ans, la population AAD est plus âgée que la population générale dont l'âge moyen est de 30,5 ans en 2016, selon l'INSERM [11].

Les femmes de plus de 35 ans sont plus nombreuses qu'en population générale sans être statistiquement significatif (greater : p-value = 0,5). La population à bas risque hospitalier ne comprend aucune femme de plus de 35 ans.

Age maternel	AAD N = 1 046	EPN N = 13 127	AUDIPOG n = 8 310
<20 ans	0,4%	2,0%	0%
20-24 ans	5,4%	11,9%	100%
25-29 ans	22,9%	31,1%	
30-34 ans	39,1%	33,7%	
35-39 ans	26,5%	17,2%	0%
>40 ans	5,7%	4,1%	0%
TOTAL	100%	100%	100%



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

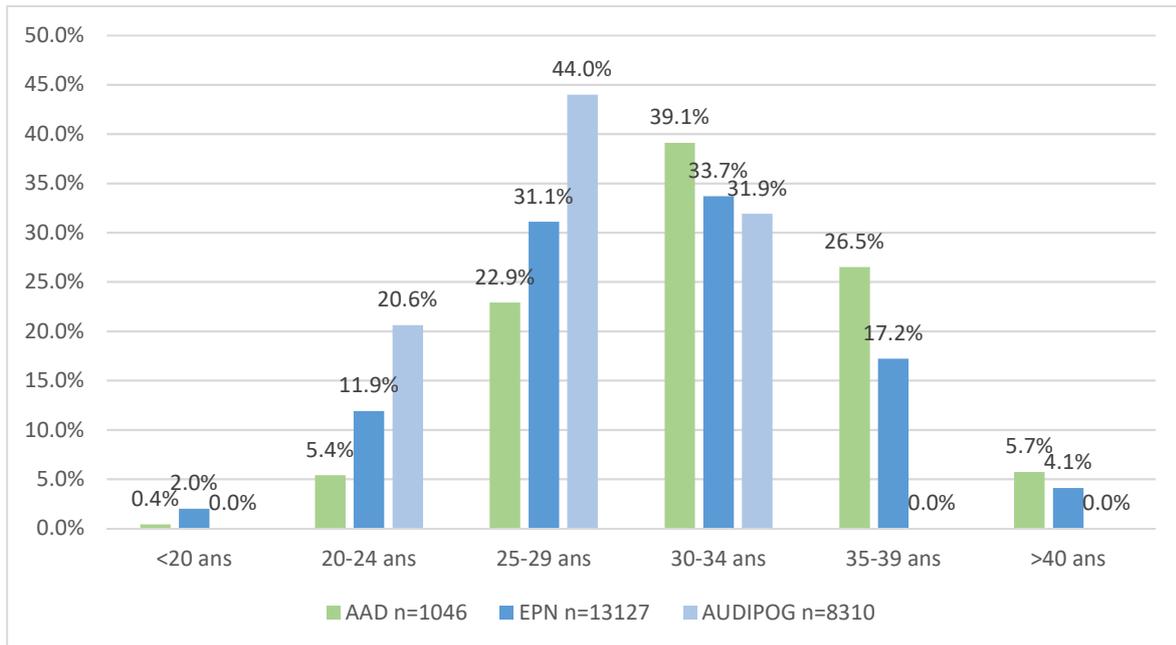
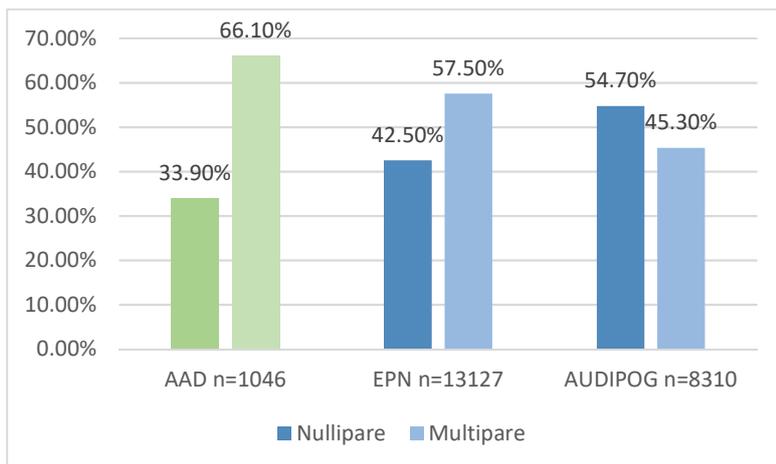


Figure 26 : comparatif des répartitions par tranches d'âges dans les 3 populations AAD/non AAD

## Parité

La proportion de primipares dans la population hospitalière générale (greater : p-value = 1) ou bas risque (greater : p-value = 1) est significativement supérieur à la population AAD. Les motivations pour accoucher à domicile peuvent être en lien avec une 1<sup>ère</sup> expérience en maternité. Les multipares sont aussi souvent mieux informées et renseignées que les primipares.



Parité avant accouchement	AAD N = 1 046	EPN N = 13 127	AUDIPOG n = 8 310
Nullipare	33,9%	42,5%	54,7%
Multipare	66,1%	57,5%	45,3%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Figure 27 : répartition de la parité selon les 3 populations



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

## Niveau de suivi

L'EPN 2016, ne précise pas le niveau de suivi des femmes selon les recommandations HAS. Cependant l'EPN 2010 [12] identifiait 65% de femmes en suivi à bas risque.

La population étudiée comprend une proportion de femmes à bas risque strict plus importante (84,6% de suivi A) que dans la population générale issue de l'EPN. La sélection initiale des femmes éligibles à l'AAD et la réévaluation constante au cours du suivi de grossesse par les sages-femmes expliquent cette répartition. L'auto-sélection par les femmes elles-mêmes explique aussi en partie le taux.

Au sein de l'ensemble de la population en suivi B (50 femmes), seul 10% des femmes (5) ont été transféré en per-partum, aucune en post-partum.

Il serait donc intéressant d'étudier la pathologie et/ou l'antécédent en cause, afin de comprendre la décision de maintien du projet et l'absence d'impact sur l'issue de l'accouchement.

## LE DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

### Modalité d'expulsion

Le taux de césariennes et de naissances instrumentées à l'issue du transfert est inconnu car aucune variable n'étudiait cette dimension dans le formulaire de recueil de données. En tout état de cause, le taux maximal de césarienne et de naissances instrumentées ne pourrait dépasser théoriquement plus de 12,7% (= au taux de transfert), chiffre inférieur au taux de césarienne calculé au sein de la population générale (19,6%, EPN 2016).

### Age gestationnel

La part de femmes ayant accouché la semaine du terme théorique est largement plus importante que dans la population générale avec 15 points de plus. Il en est de même pour la part de femmes ayant dépassé le terme avec 6 points de plus. L'absence de déclenchement artificiel du travail et la sélection des patientes expliquent ces résultats.

La population bas risque hospitalier est plus proche des taux de la population générale que des AAD comme le montre le graphique ci-dessous. Ainsi, la différence d'âge gestationnel semble plus en lien avec les pratiques professionnelles qu'avec le profil des femmes.

Age gestationnel	AAD N = 1 046	EPN N = 13 127	AUDIPOG n = 8 310
<37 SA	0,4%	8,3%	0%
37 SA	2,7%	7,2%	82,9%
38 SA	9,3%	15,6%	
39 SA	23,0%	26,5%	
40 SA	39,9%	25,3%	
41 SA	24,7%	17,1%	17,1%
TOTAL	100%	100%	100%

Figure 28 : répartition de l'âge gestationnel à la mise en travail selon les 3 populations



## L'accouchement accompagné à domicile : Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

### Présentation foetale

98,9% des fœtus se trouvaient en présentation céphalique physiologique (Ocipito-Pubien ou Ocipito-Sacré) contre 94,5% en population générale et 100% dans la population bas risque.

En effet, la pratique de l'AAD recommande habituellement l'exclusion des sièges. Une analyse plus fine permet de caractériser les cas présents en siège inopiné. De ce fait et malgré la sélection des patientes, il semble important que les sages-femmes AAD maintiennent leurs compétences concernant les manœuvres obstétricales.

### Durée d'ouverture de l'œuf

Près de 11% des fœtus de la population étudiée sont nés « coiffés », c'est-à-dire dans la poche des eaux, ce qui s'explique par les pratiques liées à l'AAD. En effet, la pratique des sages-femmes AAD limite le nombre de touchers vaginaux et préserve le plus possible la poche des eaux pour limiter le risque infectieux. Les ruptures artificielles des membranes sont exceptionnelles en AAD.

## POST PARTUM IMMEDIAT MATERNEL

### Délivrance

Malgré l'absence de gestion active de la 3ème phase du travail (n=4) la proportion de délivrance normale et complète est de 96,6%.

1,6% des femmes de la population étudiée ont eu besoin d'une délivrance artificielle contre 10,6% dans la population bas risque hospitalier, soit 6 fois moins.

**Le taux d'HPP sévère de 0,55% est significativement inférieur à celui des deux populations comparatives (two.sided : EPN p-value = 0,007299 ; AUDIPOG : p-value = 1,879e-05)**

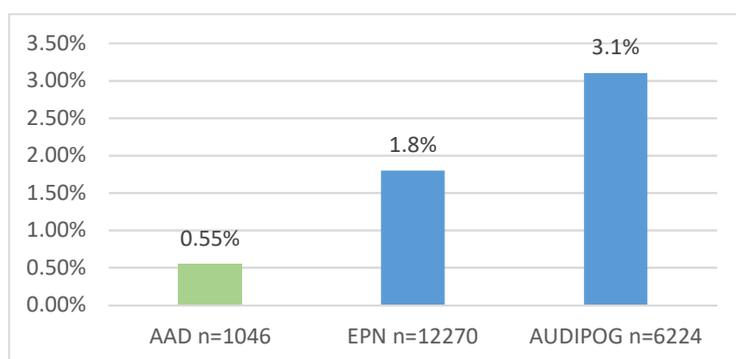


Figure 29 : taux d'HPP sévère selon les 3 populations

Dans le cadre de cette enquête, les femmes AAD sont en proportion 3,5 fois moins nombreuses que la population générale et 5,5 fois moins nombreuses que la population bas risque hospitalière à avoir développé une hémorragie du post-partum (HPP) sévère. Par ailleurs, ces différences sont statistiquement significatives d'après le test du khi2 d'indépendance.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Parmi les HPP sévères de la population étudiée, aucune n'a nécessité d'intervention chirurgicale pour être réduite, ni entraîné de décès maternel.

## Périnée

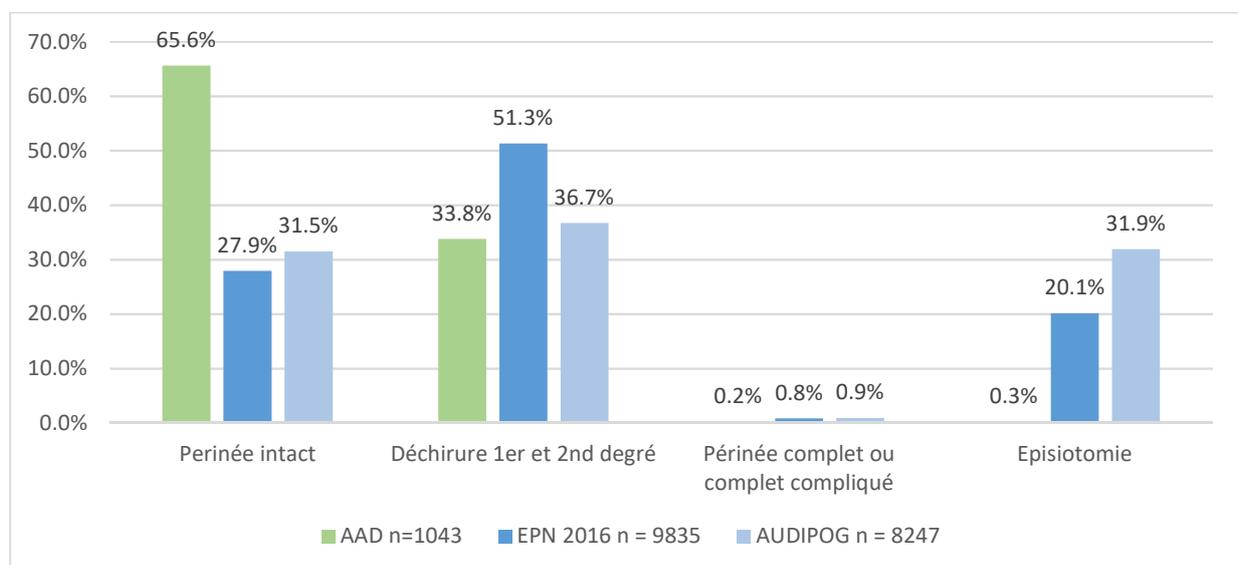
La probabilité de subir une épisiotomie lors d'un AAD est significativement moins élevée que lors d'un accouchement en milieu hospitalier (VS EPN : df = 1, p-value < 2.2e-16 ; VS AUDIPOG : df = 1, p-value < 2.2e-16).

**Dans l'étude, les femmes AAD ont subi, en proportion, 61 fois moins d'épisiotomies qu'en EPN, et 67 fois moins qu'en AUDIPOG. Cette différence est statistiquement significative d'après le test du khi2 d'indépendance.**

Au-delà de la sélection des patientes, une telle différence s'explique très probablement par les pratiques professionnelles des sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile. En effet, nombre d'entre elles enseignent le massage périnéal prénatal aux femmes, favorisent notamment la poussée spontanée non dirigée (ou poussée retardée), la pratique « hands off », la liberté de mouvement et le choix de la position d'accouchement, le rythme de la femme. Ces pratiques protègent le périnée des déchirures et l'intérêt de plusieurs est avéré par les recommandations du CNGOF [13]. Le rapport 2019 inclura des items sur ces pratiques afin de pouvoir les quantifier et de tenter d'objectiver la corrélation entre celles-ci et à la moindre morbidité en AAD.

En parallèle du taux quasi nul d'épisiotomie, les femmes ayant accouché à domicile ont présenté moins de déchirure périnéale. Notamment le risque de présenter une déchirure complète-complicquée est significativement moindre (two.sided : EPN p-value = 0.1682 ; AUDIPOG p-value = 0.051). Pourtant, le poids de naissance moyen des enfants nés à domicile est plus important qu'en population générale.

**Dans l'étude, les femmes AAD sont en proportion 1,5 fois moins nombreuses à présenter une déchirure périnéale et 4 fois moins nombreuses à présenter une déchirure complète ou complète-complicquée.**





L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Etat périnéal	AAD N = 1 043	EPN N = 9 835	AUDIPOG n = 8 247
Périnée intact	65,4%	27,8%	31,5%
Déchirure 1er et 2nd degré	33,8%	51,3%	36,7%
Périnée complet ou complet compliqué	0,2%	0,8%	0,9%
Épisiotomie	0,3%	20,1%	31,9%
Sans réponses	0,3%		
TOTAL	100%	100%	100%

Figure 30: taux d'épisiotomie selon les 3 populations

## NEONATAL

### Poids de naissance

**Le poids de naissance nés à domicile est supérieur de 200g au poids moyen des enfants de l'EPN 2016.**

La probabilité d'avoir un enfant macrosome de plus de 4 000g est significativement plus important que dans la population générale (two.sided : p-value = 4.778e-07) et que dans la population bas risque hospitalière (two.sided : p-value = 4.652e-08).

Poids de naissance	AAD N = 894	EPN N = 13 348	AUDIPOG n = 8 255
< 2500g	0,3%	8,2%	1,3%
2500g à 4000g	88,1%	85,0%	93,3%
> 4000g	11,5%	6,8%	6,4%
TOTAL	100%	100%	100%

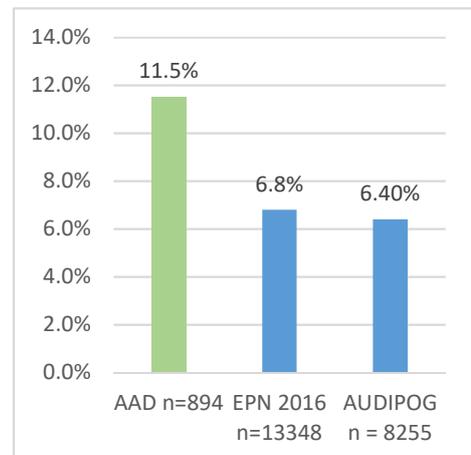


Figure 31 : proportion d'enfants de plus de 4kg pour les 3 populations

Le poids de naissance est en partie lié à la durée de la grossesse. La majorité des femmes ayant choisi un AAD ont accouché à au moins 40 SA. De plus, le nombre d'enfants nés en post-terme est plus important qu'en population générale.

Dans la population AAD, avoir un enfant de plus de 4 000g n'a pas été corrélé à des complications néonatales pour l'enfant (figure 25) ni à une majoration des transferts per-partum (figure 22) ou post-partum immédiats (figure 24) pour la mère. L'étude du profil des mères indique une absence de diabète gestationnel, facteurs de complications obstétricales associé à la macrosomie [14].



## Interventions

Moins d'interventions (réanimation, transferts pour les nouveau-nés) sont observées dans la population AAD qu'en population hospitalière.

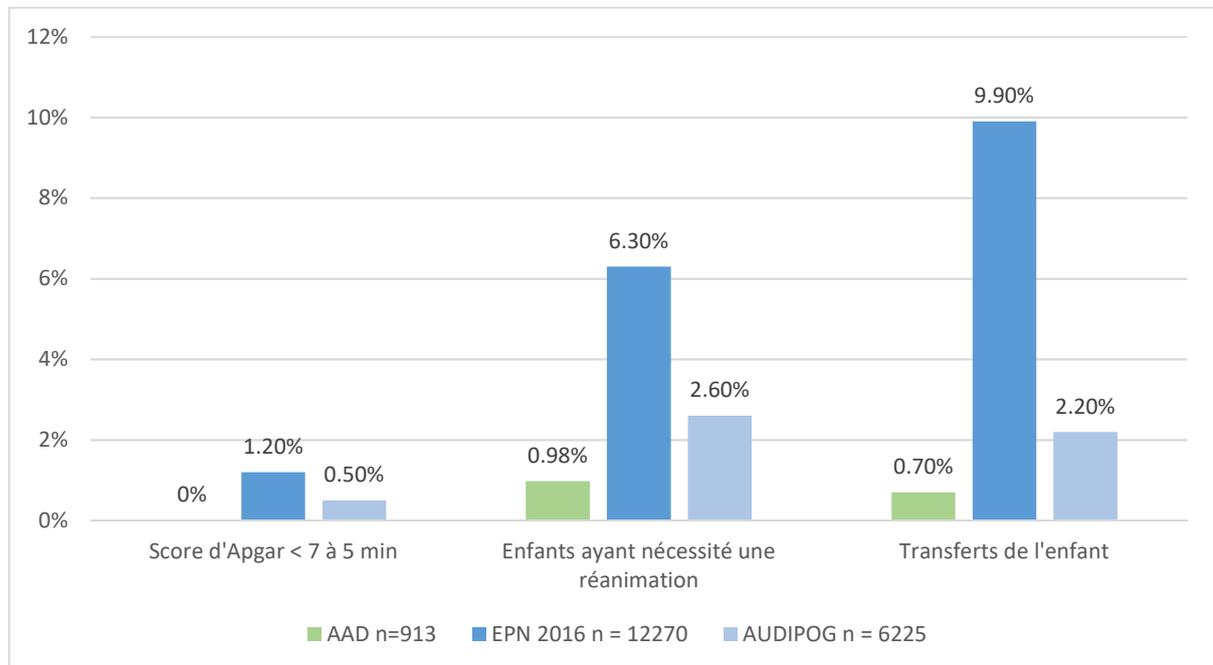


Figure 32 : état néonatal de l'enfant selon les 3 populations

Dans l'étude, l'AAD présente moins de réanimation pour l'enfant (1,7 à 7 fois moins en proportion) et moins de transfert en néonatalogie (14 fois moins en proportion).

Les enfants nés à domicile ont significativement moins de risque d'avoir besoin d'une réanimation qu'en population bas risque hospitalier (two.sided : p-value = 0.003973) et qu'en population générale (two.sided : p-value = 8.657e-1).

Le risque de transfert néonatal est lui aussi moindre comparativement aux 2 populations témoins. Notamment le risque de présenter un score d'Apgar < 7 à 5 minutes de vie est significativement moindre qu'en population générale (two.sided : p-value = 0.001509).

Ceci peut s'expliquer par la sélection de femmes à bas risque et surtout par les transferts per-partum chaque fois que le travail n'est pas strictement physiologique. En effet la majorité des fœtus à risque seront déjà en centre hospitalier au moment de leur naissance.



## Alimentation de l'enfant

Les enfants nés à domicile sont en proportion 1,8 fois plus allaités que ceux de la population générale et 1,6 fois plus que ceux de la population bas risque hospitalier.

**Le taux d'allaitement maternel exclusif est de 97,8% dans la population AAD.**

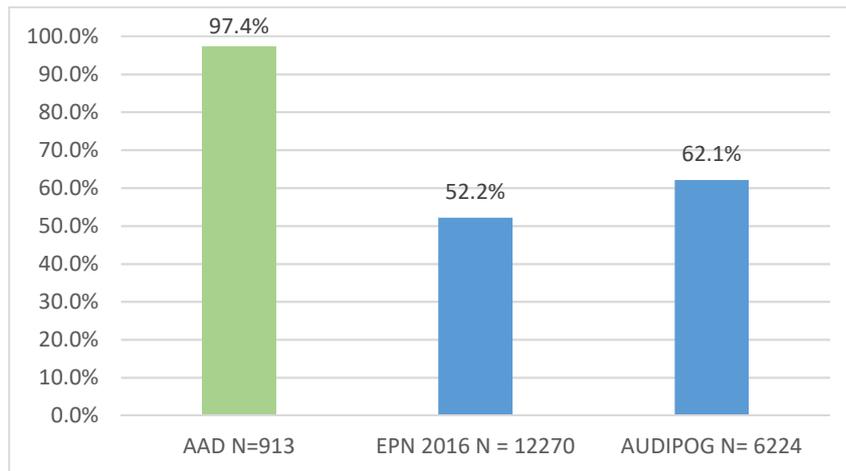


Figure 33 : taux d'allaitement maternel exclusif selon les 3 populations

Ces chiffres pourraient s'expliquer par le profil des patientes mais surtout par les modalités d'accompagnement des sages-femmes à domicile que ce soit durant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Leurs pratiques sont en accord ; pour la majorité d'entre elles ; avec notamment les recommandations du label « amis des bébés » [15] et de l'OMS [16] comme :

- L'information prénatale et l'accompagnement post-partum rapproché
- Les modalités d'accompagnement de l'accouchement favorisant le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'allaitement maternel
- La pratique du peau à peau, la proximité mère-enfant 24h/24, l'encouragement de l'allaitement exclusif et « à la demande » et la protection vis-à-vis des pressions commerciales

Le simple fait que la naissance se déroule au domicile de la femme favorise déjà ces points. Le profil socio-économique des femmes a certainement un impact également comme les études sur l'allaitement maternel le démontrent. Il sera intéressant d'interroger plus longuement les sages-femmes et les mères sur ce thème de l'allaitement maternel pour affirmer ces hypothèses.



## LES TRANSFERTS

### Transfert per-partum

Sur les 1046 femmes ayant débuté le travail à domicile :

- 913 (soit 87,3%) ont effectivement accouché à domicile
- 133 femmes (soit 12,7%) ont dû être transférées vers une structure médicale au cours du travail.

Selon la base de données Audipog, 17,8% de l'ensemble des femmes à bas risque ont présenté une pathologie au cours du travail et 32,3% des primipares. Dans la population AAD, hors transferts pour demande d'analgésie péridurale (APD), le taux de transfert per-partum pour pathologie au cours du travail est de 10,2%. Celui des primipares est de 25.6%. **Il y a donc significativement moins de pathologie du travail dans la population étudiée que l'on observe l'ensemble des femmes** (two.sided : p-value = 6.203e-06) **ou les primipares uniquement** (two.sided : p-value = 0.01124).

Les principales raisons d'un transfert per-partum sont la stagnation de la dilatation, la stagnation de la présentation foetale et la demande d'APD. Or, ces trois causes ne constituent pas d'urgence si elles sont isolées.

1% des femmes ont été transférées pour altération du rythme foetal et 0,1% pour saignements per-partum anormaux. Tous les enfants nés suite à un transfert sont nés vivants.

Les transferts per-partum urgents sont donc rares et le taux de transfert similaire aux pays voisins. Il semblerait pertinent de mettre en place des accords entre sages-femmes libérales et services mobiles de secours voire centre hospitalier afin de favoriser encore la prise en charge rapide et de qualité [17].

Dans ce 1<sup>er</sup> rapport les sages-femmes n'ont pas été interrogées sur les modalités du transfert pour chaque cas. Cette dimension est intégrée au rapport 2019.

Les réseaux périnataux, étant donné leurs missions, pourraient être un interlocuteur central entre service d'obstétrique, service d'urgence mobile et sage-femme afin d'offrir un parcours-patient harmonisé sur le territoire.

### Influence du profil des parturientes dans le taux de transfert

Le tableau ci-dessous présente les différents indicateurs ayant influencé l'issue de l'accouchement et les demandes de transfert. Il est intéressant de noter que quel que soit le profil de la mère, le risque de transfert dans le cadre d'un AAD reste moindre que le taux de femmes à bas risque ayant accouché à l'hôpital et ayant présenté une pathologie du travail.



Le taux moyen de transfert est de 12,7% dans la population AAD. Certains profils sont cependant plus sensibles que d'autres.

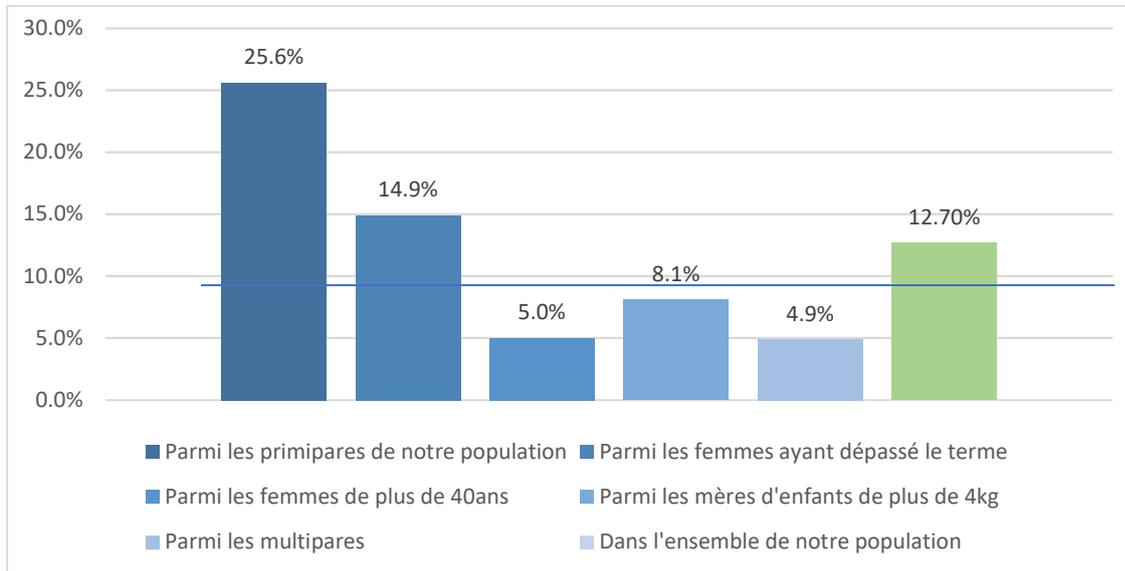


Figure 34 : Influence de certains indicateurs sur le taux de transfert per-partum dans la population AAD

Variables les plus corrélées à un transfert per-partum

- Le taux de transfert est de 4,9% chez les multipares contre 25,6% chez les primipares dans la population AAD. Le transfert per-partum est très corrélé à la parité (two.sided : p-value < 2.2e-16).

Variables non-corrélées au transfert per-partum :

- L'âge maternel (plus de 40 ans) est statistiquement indépendant du taux de transfert en per-partum (two.sided : p-value = 0.09934) avec seulement 5% de ces femmes concernées ; soit 8 points de moins que chez les femmes de moins de 40 ans (130 cas sur 986 soit 13,2%)
- Si 14.9% des femmes ayant dépassé le terme ont été transférées contre 12.3% des femmes qui ont accouché avant, cette différence n'est pas pour autant statistiquement significative (two.sided : p-value = 0.3924). Dans la population AAD, le dépassement de terme est indépendant vis-à-vis du taux de transfert.
- Le poids de naissance de plus de 4 000g n'est pas statistiquement lié au taux de transfert (two.sided : p-value = 0.1644).

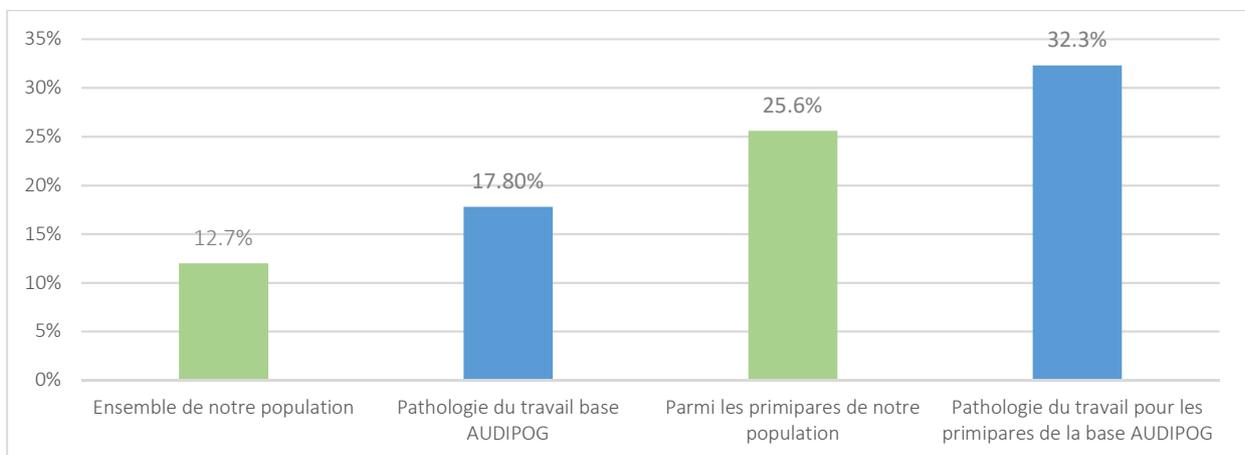


Figure 35 : Comparatif taux de « pathologie du travail » Audipog/AAD



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

La primiparité est un facteur qui semble particulièrement lié au taux de transfert quelle que soit la population étudiée. On peut noter que dans la population à bas risque hospitalier, les primipares présentent également un taux supérieur de complications.

### Transferts post-partum immédiat

En post-partum immédiat, 27 femmes (2,6%) et 6 bébés (0,66%) sur les 913 ayant accouché à domicile ont nécessité un transfert.

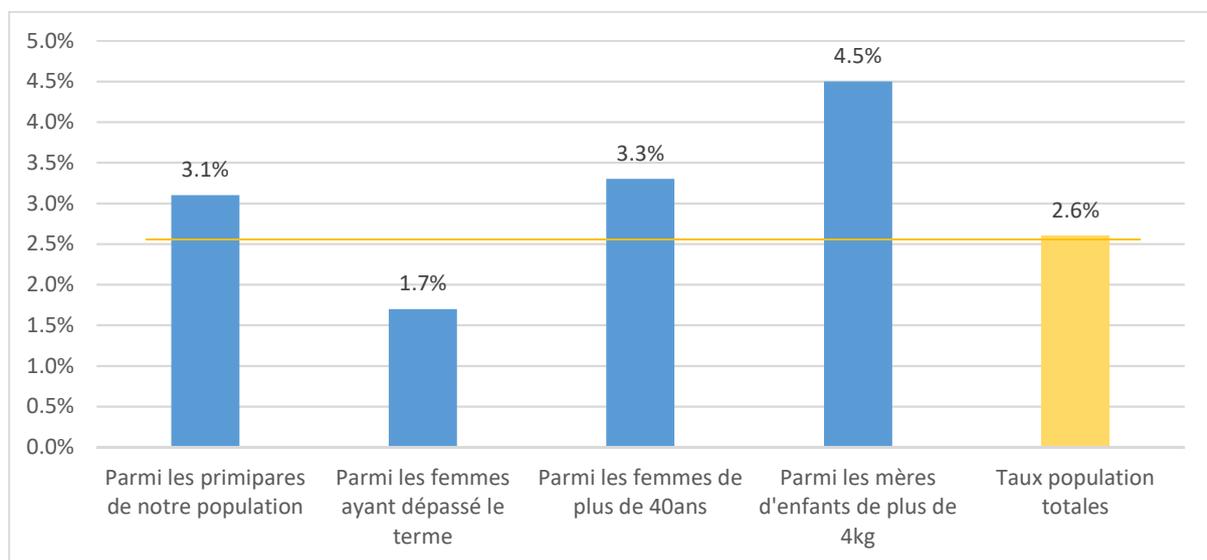


Figure 36 : Représentation du taux de transfert post-partum immédiat des mères en fonction de certains indicateurs dans la population étudiée

Le taux de transfert en post-partum immédiat des mères ne semble être influencé ni par la primiparité (two.sided : p-value = 0.9995), ni par le dépassement de terme (two.sided : p-value = 0.364). Il ne semble pas non plus lié à l'âge (plus ou moins de 40 ans) ni au poids du bébé (plus ou moins de 4 kg) mais les conditions d'application du test du khi2 d'indépendance ne sont pas respectées pour ces deux dernières variables.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

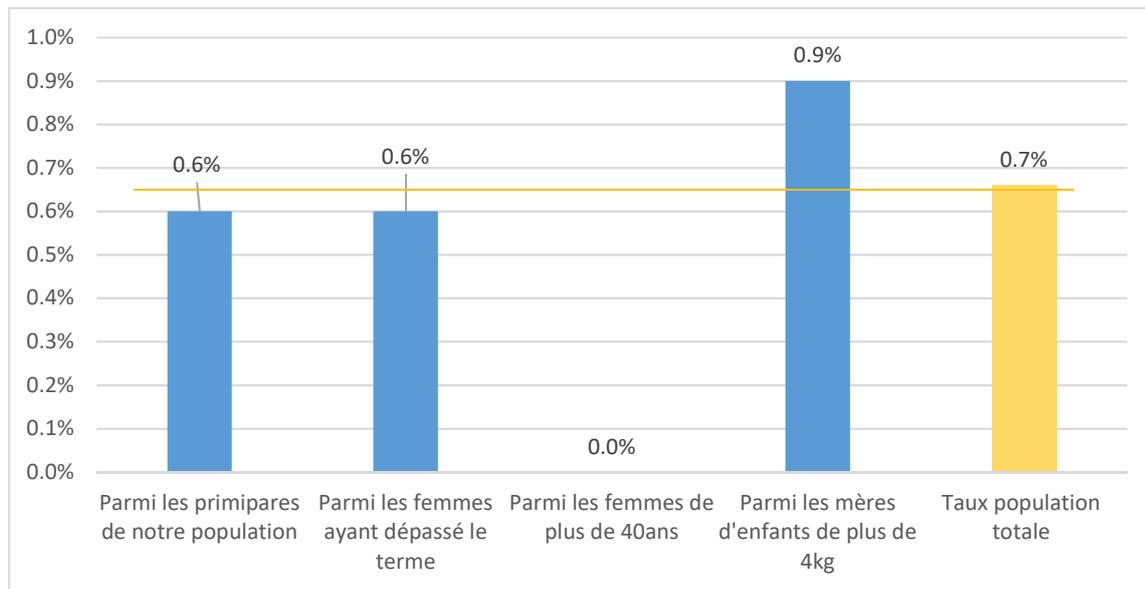


Figure 37 : influence de certains indicateurs sur le taux de transfert post-partum immédiat des enfants dans la population étudiée

Le taux de transfert des enfants en post-partum immédiat ne semble significativement lié à aucun des facteurs ci-dessous. Toutefois les conditions d'application du test du khi2 d'indépendance ne sont pas totalement respectées pour ces variables et l'APAAD ne peut donc pas retenir leurs résultats de manière définitive.

Selon la base Audipog, pour les femmes à bas risque, 2,2% des enfants ont été hospitalisés ou transférés en sortie de salle de naissance. **Les taux de la population des AAD mêmes majorés par différents facteurs, est à nouveau, dans tous les cas, inférieur aux taux hospitaliers.**

Le dépassement de terme, la primiparité et l'âge de plus de 40 ans ne majorent pas ce risque : une plus forte proportion de ces femmes aura déjà été transférée en per-partum.

## HOSPITALISATION DE LA 1<sup>ère</sup> SEMAINE POST-PARTUM (J8)

**Dans les 8 jours ayant suivi la naissance, le nombre d'hospitalisation suite à un AAD est infime avec 20 nouveaux et 6 mères.**

Du point de vue pédiatrique, la comparaison des taux des différents motifs d'hospitalisation montre qu'un AAD réduit un certain nombre de risques :

- Les 3 enfants hospitalisés pour ictères représentent 0,3% de la population AAD contre 8,46% de la population bas risque.
- Les 6 enfants hospitalisés pour suspicion d'infection materno-fœtale représentent 0,6% contre 4,71% d'enfants colonisés ou infectés dans la population hospitalière à bas risque.

Il n'y a pas de comparaison possible pour les 2 enfants hospitalisés pour déshydratation avec perte de poids supérieure ou égal à 10% du poids de naissance, ni pour l'enfant avec bilan d'hydronephrose, un cas isolé et non en lien avec le choix d'accouchement à domicile.

Ces résultats sont probablement en lien avec la sélection des patientes et les transferts per partum anticipant des complications éventuelles et non le seul fait de la naissance à domicile. La littérature médicale retrouve par exemple un risque augmenté d'ictère en cas de naissance instrumentée ou prématurée. Or ces enfants auront été transféré in-utero en per-partum.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Enfin dans l'étude, un enfant est décédé à un jour de vie, ce qui représente un taux de mortalité de 0,9‰. Le taux de mortalité est actuellement de 3,5‰ en France, tout niveau de pratique confondu. L'autopsie a retrouvé un hémopéritoine avec lyse hépatique partielle et lyse splénique totale, non en lien avec les conditions d'accouchement.

## COMPARAISON AVEC LES PRECEDENTES ETUDES SUR L'AAD

La comparaison des résultats de l'étude avec les travaux d'Anne Théau et de Mathilde Munier datant respectivement de 1998 et 2005 permettent de mettre en lumière l'évolution de l'AAD en France. La méthodologie ainsi que le volume de naissance considéré, très différents, limitent cependant les comparaisons.

Certains points d'analyse restent semblables entre les différentes études :

- L'âge moyen est comparable (31 ans chez Théau, 31,8 ans chez Munier, 32 ans dans l'étude actuelle)
- La proportion de femmes accouchant à domicile pour leur 1er enfant est plus importante en 2018 (5 points de plus).
- Le taux d'épisiotomie, faible dans toutes les études, est cependant plus faible (6 points de moins) dans la population étudiée aujourd'hui (0,3% contre 6,7%).
- Le taux de transferts per-partum est relativement similaire : 10% dans les travaux de Munier contre 12% dans la population étudiée aujourd'hui. La première cause identifiée reste la même dans les deux populations (la stagnation de la dilatation cervicale).

En parallèle, l'état néonatal semble meilleur aujourd'hui que dans les populations de Munier et de Théau :

- La proportion d'enfants de plus de 4 000g est équivalente dans l'étude de Munier
- La proportion d'enfants transférés est presque 2 fois plus importante chez Munier, et presque 3 fois dans la thèse de Théau.
- La proportion d'enfants présentant un Apgar < 7 est de 5,3% chez Théau et 0,6% chez Munier alors qu'il est nul dans la population étudiée aujourd'hui.

Poids de naissance	AAD 2018	MUNIER	THEAU
Proportion de nullipare dans la	33,9%	29,4%	27,9%
Transferts per partum	12,7%	10,1%	--
Episiotomie	0,3%	6,7%	9,7%
Score d'Apgar < 7 à 5 min	0%	0,6%	5,3%
Réanimation bébé	1%	2,1%	--
Décès néonataux	0,09%	0,09%	--
Enfants > 4000g	11,3%	11,2%	--
Transferts post-partum néonatale	0,7%	1,6%	2%
Allaitement maternel exclusif	97,8%	99,4%	--

Figure 38 : Comparatif des 3 populations AAD



## L'accouchement accompagné à domicile : Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Dans son étude Mathilde Munier souhaitait démontrer que l'AAD n'augmente pas les risques liés à l'accouchement pour la mère et l'enfant. Si ses chiffres lui permettaient de conclure favorablement, les données actualisées sont encore améliorées.

14 ans séparant ces deux études, il est possible que les publications scientifiques aient influencé les pratiques des sages-femmes. Notamment les sages-femmes françaises se sont rapprochées de leurs collègues internationales. Elles ont ainsi pu importer des formations et modèles qui intègrent l'AAD au système de soin périnatal et s'en inspirer pour améliorer leurs pratiques. De manière générale, les pratiques obstétricales ont évolué quelque-soit le lieu de l'accouchement.

Mathilde Munier estimait à l'époque que le nombre de sages-femmes offrant un suivi AGN était de 30. Elle avait dû réunir plusieurs années de dossier pour obtenir un nombre suffisant. En 2018, 88 sages-femmes pratiquant les AAD sont recensées ; des statistiques annuelles sont donc possibles.

## L'OFFRE AAD EN AMERIQUE DU NORD, EUROPE ET OCEANIE

Le comparatif entre les données épidémiologiques du rapport AAD et celles de populations hospitalières viennent confirmer la sécurité de l'AAD et la légitimité de son intégration pleine et entière à l'offre de soin périnatale française.

La dernière étude internationale sur le sujet, parue en août 2019 et ayant étudié un million de dossiers, vient à nouveau réaffirmer ces données [18].

Il est intéressant d'observer le taux d'accouchement à domicile à l'étranger et les politiques nationales.

### Allemagne

- L'AAD représente entre 1 et 3% des naissances
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

### Australie

- L'AAD représente 0,5% des naissances.
- Le **Australian College of Midwives** « soutient le choix de l'accouchement à domicile avec une sage-femme comme option sûre pour les femmes enceintes sans complications. » (2011, 2014)
- Le **Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)** déclare « soutient le choix éclairé des femmes dans tous les aspects de leurs soins de maternité, y compris le lieu de naissance prévu. Toutes les femmes qui envisagent d'accoucher à domicile devraient recevoir des informations factuelles sur les risques et les avantages de l'accouchement à domicile, comme indiqué à l'annexe A. Le Collège soutient les hôpitaux comme le lieu de naissance le plus sûr en Australie et en Nouvelle-Zélande. Cependant, l'Ordre reconnaît qu'il existe un petit groupe de femmes qui acceptent les risques associés et choisissent de procéder à l'accouchement à domicile. L'Ordre estime que ces femmes devraient bénéficier d'un soutien maximal dans leur choix, sachant toutefois que la fourniture d'un tel soutien ne peut jamais atténuer complètement les risques associés. »
- L'Etat de Victoria (Melbourne) propose en 2015 un guide à destination des services de santé publique pour l'intégration de l'AAD (*Implementing a public home birth program - Guidance for Victorian public health services*)
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

### Autriche

- La **Fédération autrichienne des sages-femmes** soutient l'AAD : « *Les femmes qui ont une grossesse sans complication ou sans antécédents peuvent accoucher la maison.* »
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

### Belgique

- L'AAD représente 0.6% des naissances.
- L'**Union Professionnelle des Sages-femmes Belges** reconnaît à « *Chaque femme a le droit d'accoucher là où elle se sent en sécurité. Le domicile et les Maisons de naissance font partie de ces lieux* »
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

### Canada

- L'AAD représente 2% des naissances.
- L'**Association canadienne des sages-femmes (ACSF/CAM)** reconnaît que « *les accouchements planifiés à domicile pour des femmes en santé sont sécuritaires et que la définition de sécurité dans le cadre des soins de maternité inclut la sécurité physique, mais aussi une sécurité émotionnelle, culturelle et spirituelle, dans le respect des valeurs propres à chaque femme, en ce qui a trait à son bébé, sa famille et à elle-même.* » et affirme qu'un « *accouchement planifié à domicile devrait être recommandé à toutes les femmes en bonne santé et à faible risque.* » (2013)
- La **Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada** soutient également l'AAD : « *La SOGC réaffirme et souligne l'importance du choix des femmes et de leurs familles dans le processus d'accouchement. La SOGC fait la promotion de soins de santé intégrés à la communauté et à l'accouchement afin de garantir la sécurité des soins à la mère et au nouveau-né. Au Canada, planifier l'accouchement avec une sage-femme enregistrée ou un médecin dûment formé dans le système intégré décrit est un choix raisonnable pour les personnes présentant un risque faible lorsque la naissance ne devrait pas être compliquée et que ni la mère ni le nouveau-né n'auront besoin de ressources supplémentaires.* » (2019)
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

### Danemark

- L'AAD représente 1.5% des naissances.
- L'AAD fait partie des compétences des sages-femmes « *The midwife may practise in any setting including the home, community, hospitals, clinics or health units.* »
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

### Espagne

- L'**Asociación española de matronas** soutient sans équivoque l'AAD : « *Nous soutenons le choix de certaines femmes de donner naissance à domicile. Conformément aux résultats de recherche disponibles en la matière, nous considérons qu'il s'agit d'une option absolument valide et sécuritaire, pour autant que ces naissances soient accompagnées par des sages-femmes qualifiées et qui répondent aux conditions nécessaires référencées dans les guides de pratique et soutenues par l'évidence scientifique.* » (2015)
- Le **Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona** a publié en 2010 un Guide d'assistance pour l'AAD (*Guía de asistencia del parto en casa*).
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

### Etats-Unis

- L'AAD représente 0,9% des naissances.
- L'**American College of Nurses and Midwives** soutient l'AAD. Cette instance affirme « *Les femmes qui planifient des accouchements à domicile optent pour des soins qui facilitent l'accouchement normal et*



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

physiologique et réduisent le besoin d'interventions obstétricales et néonatales ». (2016)

- **L'Association Midwives Alliance** « reconnaît la sécurité de la naissance à la maison pour les femmes en bonne santé ayant une sage-femme qualifiée et un accès rapide aux soins médicaux en cas de besoin. L'accouchement comporte des risques inhérents, comme toute la vie. Chaque lieu de naissance comporte un ensemble particulier de risques et d'avantages. Chaque femme doit évaluer quels sont les risques et les avantages qui lui conviennent le mieux et qui correspondent le mieux à son système de croyances et aux intérêts de sa famille. Il n'y a pas de différence statistique significative dans les résultats en termes de mortalité maternelle ou périnatale entre la naissance à l'hôpital et la naissance à l'extérieur de l'hôpital; Cependant, la morbidité à l'hôpital est accrue. Les complications pour les mères et les bébés associées aux taux inacceptables d'inductions, de césariennes et d'autres interventions surutilisées dans les hôpitaux américains sont bien documentées et préoccupantes» (2012).
- **L'American College of Obstetricians and Gynecologists** précise « Bien que l'American College of Obstetricians and Gynecologists estime que les hôpitaux et les centres de naissance agréés sont les lieux de naissance les plus sûrs, chaque femme a le droit de prendre une décision éclairée du point de vue médical concernant l'accouchement. Il est important de noter que les femmes doivent être informées du fait que plusieurs facteurs sont essentiels pour réduire les taux de mortalité périnatale et obtenir des résultats favorables pour l'accouchement à domicile. » (2017)
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

#### Irlande

- L'AAD représente 1% des naissances.
- Le **Health Service Executive** a publié en 2016, des recommandations visant à aider les sages-femmes indépendantes à évaluer l'admissibilité et l'adéquation des femmes pour l'inclusion / exclusion pour la naissance à domicile planifiée
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

#### Islande

- L'AAD représente 2 à 3% des naissances.
- La **Ljósmeðrafélag Íslands** (Association des sages-femmes d'Islande) soutient l'AAD et présente sur son site les sages-femmes pratiquant l'AAD.
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

#### Italie

- Il n'existe aucun positionnement officiel sur le plan national laissant la possibilité aux régions de légiférer.
- La région Emilia Romagna affirme ainsi en 1998 : « La femme, informée comme dû sur les techniques à adopter, peut librement choisir d'accoucher en structure hospitalière, en maison de naissance, à domicile ».
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.

#### Nouvelle-Zélande

- L'AAD représente 6 à 10% des naissances.
- Le **New Zealand College of Midwives** affirme « Les femmes qui connaissent une grossesse normale devraient se voir proposer l'option et être encouragées à accoucher dans les maternités primaires ou à la maison. Les preuves démontrent clairement que les femmes recevant des soins prénatals efficaces et présentant un risque de complications faible, accoucheront de bébés en bonne santé et nécessiteront moins d'interventions si elles sont aidées à accoucher dans une maternité primaire ou à la maison. » (2009)
- Le **Ministère de la Santé** précise « Les femmes qui accouchent à la maison ou dans un centre de naissance ou une petite maternité sont plus susceptibles d'avoir un accouchement normal que celles qui accouchent à l'hôpital »
- Une couverture assurantielle est disponible pour les sages-femmes pratiquant l'AAD.





## L'accouchement accompagné à domicile : Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

**La proportion de naissances se déroulant au domicile familial varie donc de 0,6% à 16% selon les pays. Dans tous ces pays, les sages-femmes ont accès à une assurance responsabilité civile couvrant leur activité à domicile.**

Dans tous les pays, les ordres ou associations scientifiques et professionnelles régissant la profession de sage-femme se sont positionnés favorablement à l'AAD et la plupart militent en sa faveur.

Au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Australie, au Canada, aux Pays-Bas, les sociétés savantes des gynécologues-obstétriciens se sont également positionnées favorablement envers l'AAD et ont produit des recommandations.

Le positionnement le plus récent est celui de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* [19] qui, en plus d'affirmer la sécurité de l'AAD, incite à son intégration par la collaboration entre les sages-femmes et les hôpitaux et la mise en place de procédures de transferts.

Le *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* a réalisé un travail sur les lignes directrices concernant la naissance hors hôpital.

Au Luxembourg, au Royaume-Uni, au Canada, en Irlande, au Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande, les ministères de la Santé se positionnent eux aussi en faveur de la naissance à domicile. Le Royaume-Uni est un cas emblématique, allant jusqu'à recommander l'AAD aux femmes à bas risque obstétrical.

### Positionnements des organisations internationales

L'**Organisation Mondiale de la Santé** défend le droit des femmes à accoucher chez elle et souligne l'importance pour chaque état de faire cohabiter soin hospitalier et pratique sage-femme.

Dès 1997 elle publie un guide pratique qui s'intitule : « les soins liés à un accouchement normal ». L'OMS distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. Notamment ce guide précise l'importance du respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance (2.4)

En 2007, lors de la conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques, l'OMS formule 21 recommandations principales (Annexe 6.5-1). La cinquième recommandation rappelle que : Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses.

La **Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique** affirme qu'il existe « des preuves solides que l'accouchement en dehors de l'hôpital soutenu par une sage-femme est sans danger et constitue une expérience privilégiée pour de nombreuses mères. Les femmes ne devraient pas être privées de ce choix en raison de l'absence d'un cadre réglementaire adéquat qui permette aux sages-femmes d'exercer leur profession dans tous lieux où les femmes choisissent d'accoucher ».

Enfin l'**International Confederation of Midwives** soutient que « la femme a le droit de choisir d'accoucher à domicile et qu'il s'agit là d'une option valide et sans risque. L'ICM soutient le droit des femmes à prendre une décision informée d'accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme. La sage-femme qui fournit des services professionnels aux femmes à domicile devrait pouvoir le faire dans le cadre des services de santé de son pays et avoir accès à une assurance et à une indemnisation appropriée. »

L'ICM regrette que tous les pays ne disposent pas de la législation ou des services de santé adéquats pour la prise en charge de naissances à domicile et exhorte les gouvernements nationaux à consulter des études scientifiques sur le sujet et à s'orienter vers un système de soins de maternité qui inclut cette option. »



# CONCLUSION

Rassemblant 1046 dossiers d'accouchements accompagnés à domicile sur une seule année, cette enquête est unique en France de par la taille de l'échantillon, la précision des indicateurs et les comparaisons scientifiques possibles. Les données consolidées offrent une vision globale et réelle de la pratique de l'AAD. Les données épidémiologiques montrent la sécurité de l'accouchement à domicile lorsqu'il est programmé et accompagné par une sage-femme qualifiée.

## 913 FEMMES ONT EFFECTIVEMENT ACCOUCHE A DOMICILE EN 2018 SUR LES 1046 DOSSIERS ETUDIES

- Une grande majorité des femmes (87,3%) a pu accueillir, comme elles le souhaitaient, leur enfant à domicile, quel que soit leur âge, leur profil, le terme ou le poids de l'enfant à la naissance.
- Seules 107 femmes ont dû être transférées pour pathologie ou suspicion de pathologie du travail (10,2% des femmes). Parmi ces transferts, 9 étaient potentiellement urgents (1,1%). Les trois causes principales de transferts sont la stagnation de la dilatation cervicale, la stagnation de la présentation fœtale et la demande d'analgésie péridurale.

Pour l'année 2018 :

### LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT EST ASSUREE

- La mortalité maternelle est nulle
- Le taux d'hémorragie du post-partum sévère de 0,55%
- Tous les enfants sont nés vivants
- Tous les enfants avaient un score d'Apgar d'au moins 7 à 5 minutes de vie

### L'AAD EST RESPECTUEUX DU CORPS DES FEMMES ET FAVORISE LE LIEN MERE-ENFANT

- Le taux d'épisiotomie est de 0,3%
- 65,6% des femmes ayant accouché à domicile ont un périnée intact à l'issue de la naissance. Dans 11,1% des cas seulement, une suture périnéale a été nécessaire
- 97,4% des enfants nés à domicile sont allaités exclusivement

### L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNE A DOMICILE AUSSI SECURE QUE LA NAISSANCE HOSPITALIERE

Une comparaison avec les données Audipog et EPN 2016 renforce ce constat. Par rapport à la population générale, l'AAD offre :

- 3,5 fois moins d'HPP sévère
- 61 fois moins d'épisiotomie et 4 fois moins de déchirures périnéales complètes compliquées
- 7 fois moins de nécessité de réanimation néonatale.



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Cette première étude vient combler un vide scientifique : peu d'instances ont la capacité de rassembler ces données et de mesurer les pratiques liées à l'accouchement à domicile. Pour enrichir encore cette littérature scientifique et analyser plus finement les pratiques des sages-femmes, le formulaire de recueil de données 2019 inclus d'ores et déjà de nouveaux indicateurs. L'APAAD publiera annuellement ces données.

Si les données épidémiologiques sont rassurantes, il conviendrait d'étudier et analyser également la satisfaction des familles ayant accouché à domicile. L'APAAD se rapproche pour cela d'associations d'usagers et notamment le Collectif de Défense de l'accouchement à Domicile (CDAAD). Il nous semble en effet impératif que les usagers puissent s'exprimer et que les travaux de l'APAAD comme des autres instances tiennent compte de leurs besoins et de leur vécu.

En conclusion les résultats de ce rapport devraient permettre d'envisager une politique nationale au sujet de l'accompagnement des naissances à domicile, qui en France comme dans d'autres pays industrialisés semble faire la preuve de son bien-fondé. Celle-ci pourrait permettre d'harmoniser les pratiques sur le territoire par l'élaboration de recommandations nationales, faciliter la continuité des soins pour les cas de transferts par des organisations régionales et organiser une surveillance et évaluation exhaustive de cette offre de soin périnatal.

L'APAAD souhaite que cela se fasse dans un climat de concertation impliquant tous les acteurs, respectant la place et les missions de chacun et se centrant sur les besoins des femmes et des familles.



# BIBLIOGRAPHIE

1. Auclair C, Gerbaud L, Vendittelli F. 2016 janv [cité 12 nov 2018] Indicateurs qualité en maternité [Internet]. Paris : CNGOF ; p. 14. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratiqueclinique/aperçu?path=DIRECTIVES%2BQUALITE%252F0BSTETRIQUE%252FDirective%2BQualite-Indicateurs-en-Maternite.pdf&i=20303>
2. HAS, 2016, « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »
3. EUROPERISTAT, 2013, « Euro-Peristat Recommended Indicators »
4. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique
5. INSERM et DRESS, 2017, « Enquête nationale périnatale Rapport 2016 ».
6. AUDIPOG, « résultats de naissance à bas risques en maternité de niveau 1 issus de la base de données AUDIPOG sur les années 2000 à 2013 »
7. MUNIER M, 2005, « accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001 », mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme, UFR de médecine Cochin Port-Royal, 109p.
8. THEAU A., 1998, « L'accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français actuel ? » Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Faculté de Médecine Université de Montpellier, 155 p.
9. CNGOF, 2014, « Hémorragie du post-partum : recommandations pour la pratique clinique »
10. ILCOR, 2015, « International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations »
11. INSERM, 2018, « Données annuelles de 1994 à 2018 : Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2018 »
12. INSERM et DRESS, 2010, « Enquête nationale périnatale Rapport 2010 ».
13. CNGOF, 2018, « Prévention et protection périnéale en obstétrique- Recommandations pour la pratique clinique »
14. HAS, 2005, « Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel »
15. IHAB, 2016, « initiative hôpital ami des bébés (IHAB) : les 12 recommandations »
16. OMS, 2018, « Ten steps to successful breastfeeding »
17. SOGC, 2019, « déclaration sur l'accouchement à domicile planifié – directive clinique »
18. Eileen Hutton ; 2019 ; Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses
19. SOGC, 2019, Statement on Planned Homebirth



# TABLE DES MATIERES

PARTIE III – RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2018 : RESULTATS	P.27	2
PARTIE IV - COMPARATIF AVEC LA POPULATION GENERALE FRANÇAISE	P.35	2
MÉTHODOLOGIE.....		5
METHODOLOGIE DU RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2018 .....		5
Outils de collecte de données .....		5
Population étudiée .....		6
Analyse des données .....		7
Echantillons comparatifs .....		8
Tests statistiques .....		8
Représentativité de l'étude .....		8
Biais de l'étude .....		8
PARTIE I.....		10
DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES .....		10
PRATIQUANT L'AAD EN FRANCE EN 2018 .....		10
Population recensée.....		10
Activité recensée .....		10
Couverture du territoire par les sages-femmes aad .....		10
Evolution de l'activité .....		12
PARTIE II.....		14
LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES AAD .....		14
Profil des 49 sages-femmes de l'enquête .....		14
Organisation interne des cabinets accompagnant les aad .....		16
Intégration aux réseaux de santé locaux.....		17
Suivi des grossesses.....		17
Sélection des patientes .....		17
Anticipation des transferts potentiels.....		18
Accouchement.....		19
Matériel des sages-femmes AAD .....		19
Formation Médicale Continue (FMC).....		20
Organisation des liens Sages-femmes – Hopitaux .....		21



Freins à la mise en place d'accords avec les CH.....	21
Climat des transferts en l'absence d'accord .....	22
Accords avec les services de secours .....	22
Organisation concrète des transferts.....	22
Gestion des événements indésirables liés à un AAD .....	23
Sinistralité des sages-femmes AAD .....	24
Actions à visées coercitives à l'encontre des sages-femmes AAD.....	25
Les besoins pour favoriser l'intégration de la pratique aad.....	25
PARTIE III.....	26
RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE 2018 : .....	26
RESULTATS.....	26
Profil des femmes accompagnées.....	26
Age.....	26
Parité .....	27
Niveau de risque.....	27
Le déroulement de l'accouchement.....	28
Modalités de mise en travail .....	28
Transferts per-partum.....	28
Modalité d'expulsion.....	29
Post-partum immédiat .....	30
Délivrance.....	30
Etat périnéal .....	30
Transferts maternels en post partum immédiat.....	31
Néonatal .....	31
<b>Figure 22 : Définition du score d'Apgar</b> .....	32
Transferts néonataux en post-partum immédiat .....	32
Alimentation de l'enfant .....	32
Hospitalisation durant la 1e semaine de vie .....	33
PARTIE IV .....	34
COMPARATIF AVEC LA POPULATION FRANÇAISE .....	34
Profil des femmes accompagnées.....	34
Age.....	34
Parité .....	35
Niveau de suivi .....	36



L'accouchement accompagné à domicile :  
Pratique des sages-femmes libérales françaises - Etat des lieux 2018

Le déroulement de l'Accouchement .....	36
Modalité d'expulsion.....	36
Age gestationnel.....	36
Présentation foetale .....	37
Durée d'ouverture de l'œuf .....	37
Post Partum Immédiat Maternel.....	37
Délivrance.....	37
Périnée .....	38
Néonatal .....	39
Poids de naissance .....	39
Interventions .....	40
Alimentation de l'enfant .....	41
Les transferts.....	42
Transfert per-partum .....	42
Influence du profil des parturientes dans le taux de transfert .....	42
Transferts post-partum immédiat.....	44
Hospitalisation de la 1 <sup>e</sup> semaine post-partum (J8) .....	45
Comparaison avec les précédentes études sur l'AAD .....	46
L'offre AAD en Amérique du Nord, Europe et Océanie .....	47
Positionnements des organisations internationales .....	51
CONCLUSION .....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
FIGURES ET ANNEXES .....	58



# FIGURES ET ANNEXES

## PARTIE 1

Figure 1 : Critères étudiés	p7
Figure 2 : cartographie des sages-femmes AAD françaises	p11
Figure 3 : Evolution de 2006 à 2017 des naissances extrahospitalières ayant eu lieu avec et sans assistance en France (DROM inclus)	p12

## PARTIE 2

Figure 4 : âges des sages-femmes répondants	p14
Figure 5 : Territoire d'obtention du diplôme des répondants	p15
Figure 6 : parcours professionnel des sages-femmes répondants	p15
Figure 7 : Nombre d'hôpitaux référents par sage-femme répondant	p16
Figure 8 : Distance Maternité - Domicile	p18
Figure 9 : Equipement des sages-femmes AAD	p20
Figure 10 : thème des formations médicales continues suivies par les SF répondants	p20
Figure 11 : Motifs de déclaration d'EI ou EIG sur les 5 dernières années	p23
Figure 12 : suites données aux déclarations d'EI ou EIG	p23

## PARTIE 3

Figure 13 : répartition dans les différentes tranches d'âge	p26
Figure 14 : parité	p27
Figure 15 : proportion de femmes dans chaque niveau de risque obstétrical selon les critères HAS	p27
Figure 16 : Age Gestationnel lors de la mise en travail	p28
Figure 17 : Différentes causes de transfert per-partum immédiat et leur Proportion	p29
Figure 18 : Modalité de la délivrance	p30
Figure 19 : Etat périnéal à l'issue de l'accouchement	p31
Figure 20 : Causes de transferts maternels en post-partum immédiat et leur proportion	p31
Figure 21 : poids de naissance des enfants nés à domicile	p31
Figure 22 : définition du score d'Apgar	p32
Figure 23 : Causes de transferts post-partum néonataux immédiats et leur proportion	p32
Figure 24 : causes des hospitalisations maternelles dans les 8 premiers jours de vie	p33
Figure 25 : causes de transferts pédiatriques dans les 8 premiers jours de vie	p33
Figure 26 : comparatif des répartitions par tranches d'âges dans les 3 populations AAD/non AAD	p35
Figure 27 : répartition de la parité selon les 3 populations	p35
Figure 28 : répartition de l'âge gestationnel à la mise en travail selon les 3 populations	p36
Figure 29 : taux d'HPP sévère selon les 3 populations	p37
Figure 30 : taux d'épisiotomie selon les 3 populations	p39
Figure 31 : proportion d'enfants de plus de 4kg pour les 3 populations	p40
Figure 32 : état néonatal de l'enfant selon les 3 populations	p40
Figure 33 : taux d'allaitement maternel exclusif selon les 3 populations	p41

## PARTIE 4

Figure 34 : Influence de certains indicateurs sur le taux de transfert per-partum dans la population AAD	p43
Figure 35 : Comparatif taux de « pathologie du travail » Audipog/AAD	p43
Figure 36 : influence de certains indicateurs sur le taux de transfert post-partum immédiat des mères dans la population étudiée	p44
Figure 37 : influence de certains indicateurs sur le taux de transfert post-partum immédiat des enfants dans la population étudiée	p45
Figure 38 : Comparatif des 3 populations AAD	p46
Figure 39 : Proportion des naissances à domicile dans la population générale en Europe, Amérique du Nord et Océanie	p50



# CHIFFRES CLES 2018

## DE L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNE A DOMICILE

### L'ACTIVITE DE L'AAD EN FRANCE

- 88 sages-femmes en cours d'exercice
- 20 naissances suivies par sage-femme en moyenne
- 2000 naissances concernées, soit 0.25% des naissances en France

### EN 2018 87,3% DES AAD SE DEROULE EFFECTIVEMENT A DOMICILE

- Quel que soit l'âge et le profil de la mère ;
- Quel que soit le terme ou le poids de l'enfant à la naissance ;
- Le taux de transfert pendant le travail pour pathologie ou suspicion de pathologie du travail est de 10,5% et seul 1,14% des cas est potentiellement urgents ;

### SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT EN 2018

- La mortalité maternelle est nulle et la morbidité moindre qu'en population générale
- Le taux d'épisiotomie est de 0,3% (contre 20.1% en population générale).
- Le taux d'hémorragie sévère de 0.55% (contre 1.8% en population générale)
- Tous les enfants sont nés vivants. La morbidité néonatale est elle aussi moindre qu'en population générale
- 97,4% des enfants nés à domicile sont allaités exclusivement.