Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

# SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE ET À BAS RISQUE EN SECTEUR HOSPITALIER OU EXTRA-HOSPITALIER

## RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

2024

# TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES....2
1. INTRODUCTION....5
1.1. Contexte....5
1.2. Cadre et objectif de la recommandation....6
1.3. Données épidémiologiques....7
**1.3.1 En Europe**....7
**1.3.2 Au Grand-Duché de Luxembourg**....10
2. DÉFINITIONS....10
2.1. Les femmes à bas risque obstétrical....10
2.2. Accouchement normal....15
2.3. L'approche bio-psycho-sociale de la grossesse et de la naissance....15
3. PRISE EN CHARGE D'UN ACCOUCHEMENT NORMAL CHEZ UNE FEMME À BAS RISQUE OBSTÉTRICAL ET ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ....15
4. LES DIFFÉRENTS LIEUX DE NAISSANCES EN EUROPE....23
4.1. Au Luxembourg....23
4.2. En Suisse....24
4.3. En France....24
4.4. En Belgique....26
4.5. En Allemagne....27
5. LES QUALIFICATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PRENANT EN CHARGE UNE GROSSESSE A BAS RISQUE....28
6. GRADES DE RECOMMANDATION....29
6.1. Conseil scientifique....29
6.2. HAS....29
7. BIBLIOGRAPHIE....29
8. GROUPE DE TRAVAIL....33

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| AI | Auscultation intermittente |
| ALR | Analgésie locorégionale |
| AVC | Accident vasculaire cérébral |
| BU | Bandelette urinaire |
| CNGOF | Collège national des gynécologues obstétriciens français |
| CS | Conseil scientifique du domaine de la santé |
| CTG | Cardiotocographie |
| CU | Contraction utérine |
| ENS | Échelle numérique simple |
| EVA | Échelle visuelle analogique |
| FIGO | International Federation of Gynecology and Obstetrics |
| HAS | Haute autorité de santé (France) |
| HU | Hauteur uterine |
| HPP | Hémorragie du post-partum |
| IGGH-CH | Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz / Association suisse des maisons de naissance |
| IM | Injection intramusculaire |
| IV | Injection intraveineuse |
| KCE | Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique) |
| MEOPA | Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote |
| NFS | Numération formule sanguine |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni) |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONE | Office de la naissance et de l'enfance (Belgique) |
| RCF | Rythme cardiaque fœtal |
| SGB | Streptocoque du groupe B |
| TV | Toucher vaginal |

# MOTS CLÉS

- Grossesse à bas risque
- Accouchement normal
- Maison de naissance
- Filière physiologique de la naissance

# Messages-clés

1. Quel que soit l'endroit qu'elle choisit, une femme enceinte doit toujours être informée du déroulement normal d'un accouchement, des choix qui lui sont offerts concernant son suivi et des risques associés à ses choix. Le/la professionnel.le de santé qui l'informe doit être un.e professionnel.le de santé agréé.e par les autorités de santé pour suivre une femme enceinte et pratiquer un accouchement. (Recommandation forte)
2. Des structures extrahospitalières dédiées aux naissances (maison de naissance) ou un service intra-hospitalier géré par des sages-femmes ne peuvent prendre en charge que des femmes sans antécédent médico-obstétrical et dont la grossesse est jugée à bas risque par un.e professionnel.le de santé agréé.e pour suivre une femme enceinte et accompagner un accouchement. (Recommandation forte)
3. Le niveau de risque obstétrical doit être réévalué et documenté de manière répétée tout au long de la grossesse et avant le début de l'accouchement. (Recommandation forte)
4. Le risque « zéro » n'existe pas en obstétrique que ce soit à l'hôpital, à domicile ou dans une structure dédiée aux naissances, même si la femme enceinte est en bonne santé, que la grossesse se déroule normalement et que l'accouchement devrait a priori se passer sans problème pour la mère et l'enfant, d'où :
   - Une structure non médicalisée, dédiée aux naissances (maison de naissance ou service géré par des sages-femmes) doit être située à proximité immédiate d'un centre hospitalier qui possède un service d'obstétrique, idéalement dans l'enceinte de ce centre hospitalier. (Recommandation forte)

     **Remarque :** Par proximité immédiate, on définit un accès direct aménagé, permettant un transfert rapide de la mère et/ou de l'enfant en cas de complications, pour la prise en charge immédiate des urgences vitales.
   - Une structure extrahospitalière non médicalisée dédiée aux naissances (maison de naissance) doit passer une convention de transfert avec un centre hospitalier qui possède un service d'obstétrique. (Recommandation forte)

5. Les critères d'organisation et les infrastructures de la maison de naissance doivent être décrits de manière claire et exhaustive dans un document standard à définir avec les autorités de santé. (Recommandation forte)

6. Il faut mettre en place la formation continue des sages-femmes (ou autre professionnel de santé s'occupant des femmes enceintes) à la prise en charge des grossesses normales et à bas risque en milieu extrahospitalier. (Recommandation forte)

7. Pour un accouchement programmé en milieu extrahospitalier, la présence d'au moins une sage-femme expérimentée ayant au moins 3 années de pratique professionnelle dans un service de maternité et/ou avoir participé à 150 accouchements et/ou suivis de travail lors de la naissance est recommandée (Recommandation majoritaire d'experts - 5 membres du GT sur 7, voir page 16).

   **Remarque :** Avoir suivi le déroulement d'un travail aboutissant à une césarienne est à considérer comme une expérience au même titre qu'un accouchement par voie basse.

8. Le contenu du/des dossiers de la mère et du nouveau-né et les données à produire pour chaque naissance doivent être décrits dans la convention de transfert passée avec le centre hospitalier. Les données de santé de la mère et de l'enfant doivent être au moins aussi complètes que les données décrites dans la documentation hospitalière. (Recommandation forte)

9. Il est important, qu'indépendamment du lieu de l'accouchement (structure hospitalière, maison de naissance ou domicile), le suivi post-natal de la mère et de l'enfant soit expliqué à la mère et à la famille et réalisé dans les délais impartis. (Recommandation forte)

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Contexte

Dans les pays développés, jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale les femmes enceintes accouchaient le plus souvent chez elles et les mortalités maternelle ou fœtale étaient élevées. Depuis les années 1950, les accouchements sont majoritairement réalisés dans un cadre hospitalier et des efforts très importants ont été déployés pour diminuer ces mortalités. La modalité principale de ce changement de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés a été une médicalisation des naissances. Cinquante ans plus tard, certaines femmes enceintes souhaitent démédicaliser la naissance de leur enfant et laisser des sages-femmes les prendre en charge dans des structures ne dépendant pas de l'hôpital. Depuis quelques dizaines d'années, dans de nombreux pays européens, les systèmes de santé ont permis la mise en place de structures extrahospitalières non médicalisées, appelées souvent « maisons de naissance » ou des services hospitaliers sous la responsabilité de sages-femmes. Ces structures gérées par des sages-femmes prennent en charge des femmes ne désirant pas accoucher dans un service hospitalier à condition que leur grossesse soit sans risque médical reconnu et que l'accouchement soit supposé se dérouler normalement.

En Belgique, il est rappelé dans l'introduction du rapport du Centre fédéral belge d'expertise des soins de santé (KCE) concernant le référencement lors du suivi des

grossesses à bas risque qu' « *…aujourd'hui encore, ces deux professions (les médecins et les sages-femmes) jouent un rôle central dans les soins prénataux. Mais pour que toutes les femmes enceintes reçoivent des soins optimaux adaptés à leurs besoins individuels, avec la garantie de la meilleure santé et sécurité possibles, les transitions entre ces prestataires de soins doivent se dérouler sans heurts. D'où la nécessité de règles spécifiant clairement dans quelles situations cliniques les soins de base doivent faire place à des soins spécialisés.* » (1)

De nombreuses publications scientifiques émanant du monde médical ou des sages-femmes ont pour but de cadrer cette organisation des soins (maisons de naissance, services hospitaliers) en mettant en évidence les avantages et les risques des uns et des autres et en plaçant la santé de la future mère et de son enfant au centre de la prise en charge. Ces publications scientifiques insistent sur l'importance de respecter le droit de la femme enceinte à la prise en compte de sa volonté et à la bientraitance mais aussi sur les besoins d'informations argumentées concernant les avantages et les risques des différents choix qui s'offrent à elle.

Le groupe de travail du Conseil scientifique du domaine de la santé (CS) en charge de la rédaction de cette recommandation de bonne pratique médicale et paramédicale a décidé de s'inspirer, entre autres, des recommandations de bonne pratique éditées par l'European Midwives Association (2018) (2), le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014 mis à jour en 2023) (3) et la Haute autorité de santé concernant les indications du suivi d'une grossesse « normale » (HAS, 2018) (4;5) et le suivi du nouveau-né (HAS, 2017) (6) ainsi que de la publication de l'Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH, 2022) (7) concernant des lignes directrices pour l'organisation des maisons de naissance et l'organisation des transferts. Ces publications ont été adaptées au contexte du Grand-Duché de Luxembourg.

## 1.2. Cadre et objectif de la recommandation

Le CS a été saisi par la Ministre de la Santé en janvier 2023, qui lui demandait de publier une recommandation de bonne pratique décrivant *« **les modalités de prise en charge de l'accouchement normal des femmes à bas risque obstétrical en milieu hospitalier et extrahospitalier** »*. Les objectifs de cette recommandation sont de définir les notions de « femme à bas risque obstétrical » et d' « accouchement normal », puis en s'inspirant des exemples étrangers de décrire les différentes filières proposées par les experts du terrain, en insistant sur les conditions requises pour que l'organisation proposée respecte la sécurité de la mère et de son enfant.

De plus, à cause de la multiplication de « fausses » informations diffusées sur les réseaux sociaux, le GT estime que **des renseignements sur le suivi de la grossesse et de la naissance validés par des données basées sur l'évidence scientifique apportent un cadre sécurisant aux futures mères.**

**Remarque :**

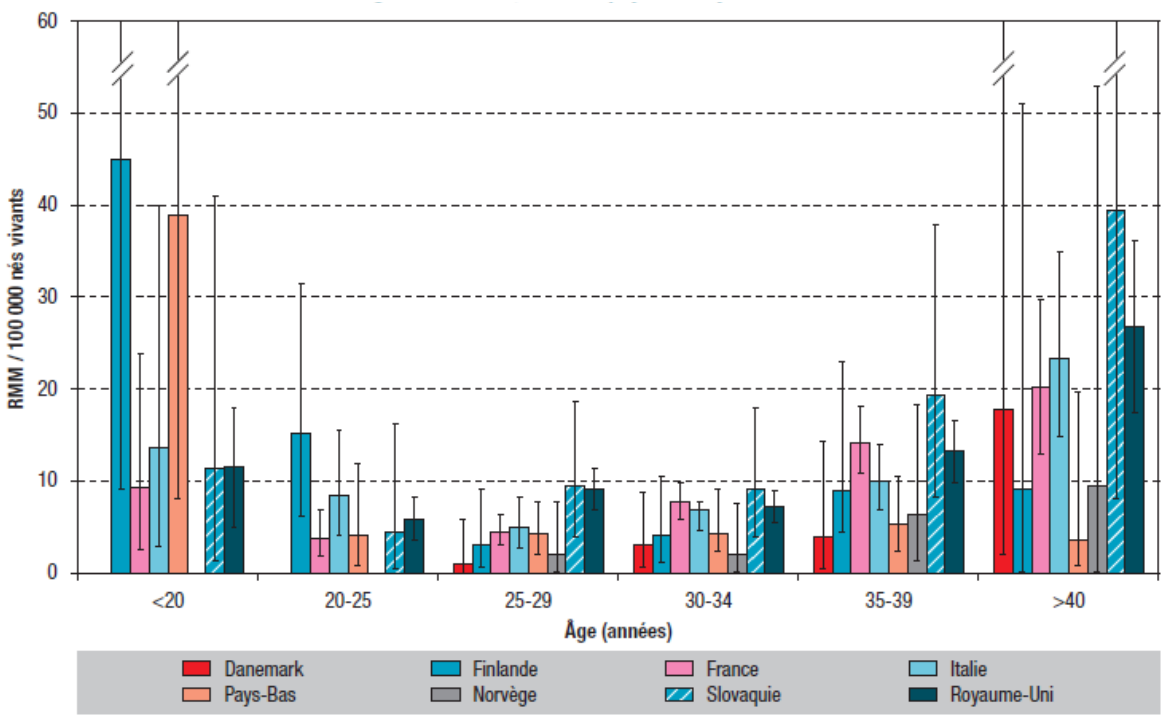
Même si le périmètre de cette recommandation se limite à la prise en charge d'une naissance normale chez une femme à bas risque obstétrical, il est à rappeler **que le suivi postnatal de l'enfant et de la mère** doit être expliqué à la mère et à la famille et être réalisé dans les délais impartis, indépendamment du lieu de l'accouchement (structure hospitalière, maison de naissance ou domicile. (6, 23)

## 1.3. Données épidémiologiques

### 1.3.1 En Europe

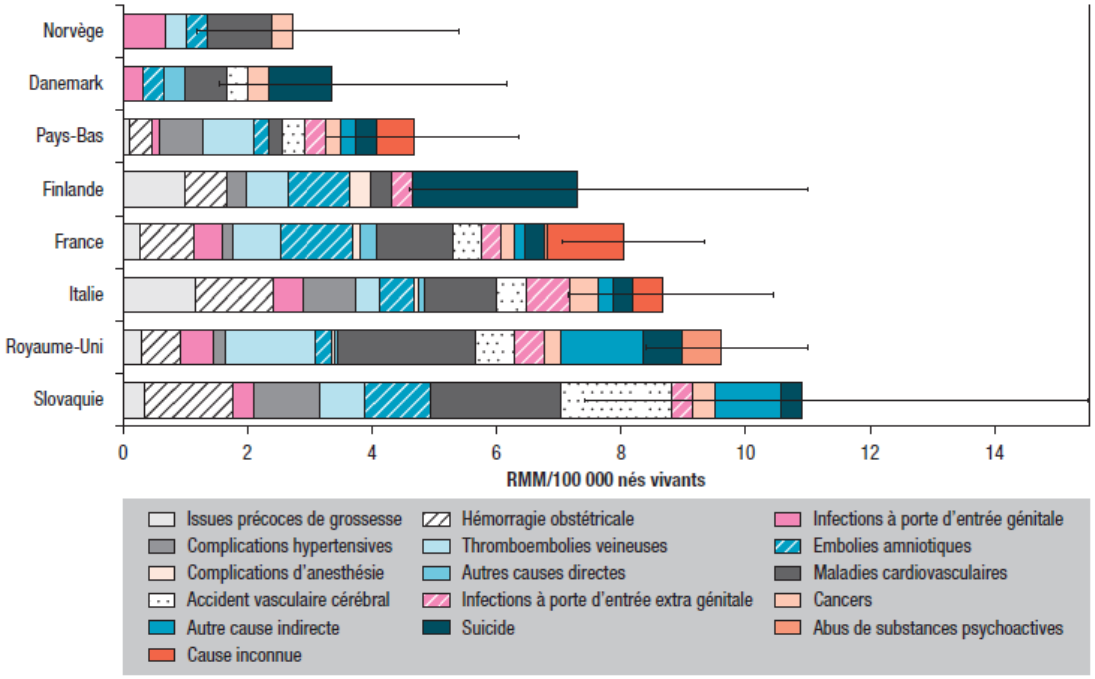
La mortalité maternelle selon les données de l'OMS est très faible et stable entre 2000 et 2017 dans les pays de l'UE. En 2017, les décès sont estimés à 2/100.000 naissances vivantes en Italie, à 5 /100.000 en Belgique, au Luxembourg et au Pays-Bas, à 7 /100.000 en Allemagne et au Royaume-Uni et à 8/100.000 en France et au Portugal. (OMS, 2019) (8)

Les données des systèmes de surveillance renforcée (mortalité maternelle jusqu'à 42 jours post-partum) en Europe mettent en évidence que la mortalité maternelle est plus importante avant 20 ans et après 40 ans, et que parmi les causes de décès déclarées, les infections à porte d'entrée génitale et les hémorragies du post-partum sont les plus fréquentes. (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 3-4 2023) (9)




RMM : ratios de mortalité maternelle.
* Mortalité maternelle jusqu'à 42 jours après la fin de la grossesse.
Les barres d'erreur représentent les intervalles de confiance à 95% pour les RMM.

Figure 1 : Ratio de mortalité maternelle selon l'âge de la femme, dans les pays avec système renforcé de surveillance. (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 3-4 2023*) (9)




RMM : Ratios de mortalité maternelle.
* Mortalité maternelle jusqu'à 42 jours après la fin de la grossesse. Les pays sont classés du RMM toutes causes confondues du plus bas au plus élevé.
Les barres d'erreur représentent les intervalles de confiance à 95% des RMM toutes causes confondues jusqu'à 42 jours après la fin de grossesse.

Figure 2 : Ratio de mortalité maternelle par cause, dans les pays avec système de mortalité renforcés (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 3-4 2023*) (9)

En comparant les accouchements en unité gérée par des sages-femmes aux accouchements en service d'obstétrique, la recommandation anglaise concernant les soins au cours de l'accouchement en Angleterre et au Pays de Galles en 2011 (NICE de 2014, mise à jour en 2023) (3) ne met pas en évidence de différence de risques significative pour la mère et l'enfant, si la femme est à bas risque obstétrical (nullipare ou multipare).

La recommandation évoque un moindre risque d'interventions médicalisées lors d'accouchements en unité gérée par des sages-femmes (confirmé par Sandall et al., 2024 précisant toutefois que la certitude des résultats varie en raison des risques possibles de biais, d'incohérences et d'imprécision des estimations.) et souligne un risque un peu plus élevé de survenue de complications pour le bébé chez les femmes nullipares à bas risque obstétrical qui choisissent de donner naissance à domicile.

La revue systématique Cochrane « *Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications* » (Olsen & Clausen, 2023) compare les différents risques en se basant sur les issues possibles suivantes :

- Résultats principaux dont : mortalité maternelle, mortalité périnatale du nouveau-né (non malformée), Apgar < 7 à 5 minutes, transfert à l'unité de soins intensifs néonatals, césarienne, bébé non allaité, satisfaction maternelle.
- Résultats secondaires dont : transport, CTG, examen vaginal, induction médicale, analgésie péridurale, autres analgésies médicales (non péridurales), soulagement non médical de la douleur, accouchement vaginal instrumentalisé, épisiotomie, traumatisme périnéal, césarienne, absence de contact peau à peau immédiat entre la mère et le nouveau-né, réanimation, clampage précoce du cordon, taux d'hémoglobine de la mère (24 à 48 heures), réserves de fer chez les nourrissons (3 à 6 mois), jaunisse

du nourrisson, autres morbidités néonatales à court terme, morbidités infantiles à long terme (c.-à-d. diabète, atopie), hémorragie maternelle de plus de 1000 ml, autres morbidités maternelles à court terme, soins irrespectueux, placenta accreta lors des prochaines grossesses, accouchements instrumentalisés lors des prochaines grossesses, autres complications lors des prochaines grossesses, mortalité maternelle lors des grossesses suivantes, mortalité néonatale lors des grossesses suivantes.

Cette revue systématique n'a pas mis en évidence de différences significatives des risques entre les accouchements planifiés à domicile et ceux planifiés à l'hôpital, soulignant néanmoins un manque de données probantes.

Il est à préciser qu'il est très compliqué, voire quasi impossible d'effectuer des études randomisées en double aveugle dans ce domaine, ceci pour des raisons éthiques. Il y a, dès lors, très peu d'essais randomisés contrôlés (ERC) pouvant fournir des données probantes. Les études disponibles se basent majoritairement sur des études d'observations qui sont plus sujettes aux biais et confusions.

On peut aussi lire dans la recommandation du NICE citée ci-dessus, que plus de la moitié des raisons de transfert du domicile ou d'une unité de naissance gérée par les sages-femmes vers un service d'obstétrique sont principalement : une trop longue durée de la première et de la deuxième phase du travail, un rythme cardiaque fœtal anormal et une demande d'une analgésie loco-régionale." (voir tableau 1)

Tableau 1 : répartition en pourcentage des raisons principales du transfert vers un service d'obstétrique (Nice 2023)

| **Main reason for transfer to an obstetric unit for each woman** (there may be more than 1 reason) | **From home** (n=3,529) | **From a freestanding midwifery unit** (n=2,457) | **From an alongside midwifery unit** (n=4,401) |
|---|---|---|---|
| Delay during first or second stage of labour | 1,144 (32.4%) | 912 (37.1%) | 1,548 (35.2%) |
| Abnormal foetal heart rate | 246 (7.0%) | 259 (10.5%) | 477 (10.8%) |
| Request for regional analgesia | 180 (5.1%) | 163 (6.6%) | 585 (13.3%) |
| Meconium staining | 432 (12.2%) | 301 (12.2%) | 538 (12.2%) |
| Retained placenta | 250 (7.0%) | 179 (7.3%) | 203 (4.6%) |
| Repair of perineal trauma | 386 (10.9%) | 184 (7.5%) | 369 (8.4%) |
| Postpartum neonatal concerns | 180 (5.1%) | 63 (2.6%) | 5 (0.11%) |
| Other | 711 (20.1%) | 396 (16.2%) | 676 (16.3%) |

Source: Intrapartum care (NG235). NICE guideline 2023 p: 11/129. (3)

### 1.3.2 Au Grand-Duché de Luxembourg

Le rapport triennal sur la surveillance des naissances au Luxembourg de 2017 à 2019 (10) montre que le nombre de naissances à domicile, prévues ou non, reste faible, inférieur à 20 naissances par an, soit aux environ de 2 pour 1000 naissances par an.

Tableau 2 : Evolution des naissances au Luxembourg de 2017 à 2019 (Données Rapport sur la surveillance des naissances de la Direction de la santé 2023)

| | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|
| Nombre d'accouchements | 6897 | 7076 | 7108 |
| Nombre total de naissances | 7035 | 7198 | 7248 |
| Nombre de bébés vivants | 6996 | 7154 | 7182 |
| Nombre de bébés mort-nés | 39 | 44 | 66 |
| Nombre d'accouchements de grossesses simples | 6759 | 6955 | 6969 |
| Nombre d'accouchements de grossesses multiples | 138 | 121 | 139 |
| Nombre d'accouchements de jumeaux | 138 | 120 | 138 |
| Nombre d'accouchements de triplés | 0 | 1 | 1 |
| Nombre de césariennes | 2148 | 2198 | 2088 |
| Nombre d'accouchements à domicile programmés | 11 | 7 | 6 |
| Nombre d'accouchements à domicile non programmés | 4 | 6 | 11 |

Source : Rapport PERINAT 2022 (10)

D'après les chiffres de prises en charge de la CNS, en 2022 il y a eu 28 accouchements extrahospitaliers et 3 transferts et en 2023 il y a eu 19 accouchements extrahospitaliers et 11 transferts.

# 2. DÉFINITIONS

**Rappel :**

Le risque « zéro » n'existe pas en obstétrique que ce soit à l'hôpital, à domicile ou dans une structure dédiée aux naissances, même si la femme enceinte est en bonne santé, que la grossesse se déroule normalement et que l'accouchement devrait a priori se passer sans problème pour la mère et l'enfant.

## 2.1. Les femmes à bas risque obstétrical

Les femmes reconnues « à bas risque obstétrical » sont les femmes enceintes qui **ne présentent aucune des pathologies** reprises aux tableaux 3 et 5 **ni aucun des antécédents et facteurs de risque** repris aux tableaux 4 et 6.

**Remarques :**

- Le niveau de risque obstétrical doit être réévalué de manière répétée tout au long de la grossesse et avant le début de l'accouchement. (27) Ces évaluations sont colligées dans le carnet de maternité ou dans le dossier médical de la femme et doivent pouvoir être partagées.
- Les tableaux repris ci-dessous ne présente qu'une liste indicative non-exhaustive.

Tableau 3 : Pathologies orientant vers une prise en charge en unité d'obstétrique (NICE, 2023) (3)

| Domaine | Pathologies |
|---|---|
| **Cardiovasculaires** | Toutes les pathologies cardiaques confirmées |
| | HTA |
| **Respiratoires** | Asthme |
| | Mucoviscidose |
| **Hématologiques** | Hémoglobinopathies comme la β-thalassémie majeure, drépanocytose |
| | Antécédents d'accidents thromboemboliques majeurs |
| | Purpura thrombocytopénique (plaquettes <100*$10^9$/litre) |
| | Maladie de von Willebrand |
| | Risque de saignements chez la mère ou l'enfant à naitre |
| | Présence d'anticorps atypiques à risque de maladie hémolytique du nouveau-né |
| **Endocriniennes** | Hyperthyroïdie |
| | Diabète |
| **Infectieuses** | Hépatite B ou C avec anomalie hépatique |
| | Traitement pour une toxoplasmose |
| | Présence d'une varicelle aigue, d'une rubéole ou d'un herpès génital chez la mère |
| | Tuberculose en cours de traitement |
| **Immunologiques** | Lupus érythémateux disséminé |
| | Sclérodermie |
| **Rénales** | Fonction rénale altérée |
| | Maladie rénale prise en charge par un spécialiste |
| **Neurologiques** | Epilepsie |
| | Myasthénie importante |
| | Antécédents d'AVC |
| **Gastro-intestinales** | Maladie hépatique avec fonctions hépatiques perturbées |
| **Psychiatriques** | Maladies psychiatriques nécessitant soins hospitaliers |

*Source: Intrapartum care (NG235). NICE guideline 2023 p: 16-22/129. (3)*

Tableau 4 : Antécédents/ facteurs de risques orientant vers une prise en charge en unité d'obstétrique (NICE, 2023) (3)

| Facteurs de risque | Informations complémentaires |
|---|---|
| **Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux** | Mort-né ou mort néonatale, ou antécédent de décès en relation avec la naissance |
| | Antécédents de nouveau-né avec encéphalopathie |
| | Pré-éclampsie nécessitant un déclenchement prématuré |
| | Décollement placentaire |
| | Placenta prævia |
| | Eclampsie |
| | Rupture utérine |
| | Hémorragie du post-partum nécessitant un traitement et une transfusion |
| | Césarienne |
| | Dystocie des épaules |
| **Facteurs de risque de la grossesse en cours** | Grossesse multiple |
| | Placenta prævia |
| | Pré-éclampsie ou HTA gravidique |
| | Travail prématuré ou rupture prématurée des membranes |
| | Décollement placentaire |
| | Anémie - hémoglobine < 85g/l au début du travail |
| | Décès fœtal intra-utérin |
| | Toxicomanie |
| | Alcoolisme |
| | Diabète gestationnel traité (régime alimentaire ou médicament) |
| | Présentation par le siège ou transverse |
| | Hémorragies pendant la grossesse |
| | Fœtus trop petit pour l'âge de la grossesse (< au 3ème percentile) ou retard de croissance à l'échographie |
| | Rythme cardiaque fœtal anormal |
| | Oligo ou polyhydramnios à l'échographie |
| **Antécédents gynécologiques** | Myomectomie |
| | Hystérotomie |

*Source: Intrapartum care (NG235). NICE guideline 2023 p: 18-22/129. (3)*

Tableau 5 : Pathologies indiquant qu'une évaluation individuelle est nécessaire lors de la planification du lieu de naissance (NICE, 2023)

| Domaine | Pathologies |
|---|---|
| **Cardiovasculaire** | Maladie cardiaque sans conséquences sur la grossesse |
| **Hématologiques** | Anticorps atypiques n'exposant pas le bébé à un risque de maladie hémolytique<br>Traits drépanocytaires<br>Traits thalassémiques<br>Anémie (hémoglobine de 85 à 105 g/litre au début du travail) |
| **Endocrinien** | Hypothyroïdie instable nécessitant un changement de traitement |
| **Infectieux** | Streptocoque du groupe B |
| | Hépatite B ou C avec des tests de la fonction hépatique normaux (car le bébé aura besoin d'un examen pédiatrique après la naissance) |
| | Porteur ou infecté par le VIH |
| **Immunitaires** | Troubles non spécifiques du tissu conjonctif |
| **Squelette/Neurologique** | Anomalies de la colonne vertébrale |
| | Antécédents de fracture du bassin |
| | Déficits neurologiques |
| **Troubles gastro-intestinaux** | Pathologie hépatique sans altération de la fonction hépatique |
| | Maladie de Crohn |
| | Colite ulcéreuse |

*Source: Intrapartum care (NG235). NICE guideline 2023 p: 18-22/129. (3)*

Tableau 6 : Autres facteurs à prendre en compte lors de la décision du lieu de l'accouchement (NICE, 2023)

| Facteurs de risque | Informations complémentaires |
|---|---|
| **Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux** | Enfant mort-né ou décès néonatal avec une cause connue non récurrente |
| | Prééclampsie se développant à terme |
| | Décollement placentaire avec issue favorable |
| | Antécédents d'un bébé de plus de 4,5 kg |
| | Traumatisme vaginal, cervical ou périnéal du troisième ou quatrième degré |
| | Rétention placentaire nécessitant une extraction manuelle |

| | |
|---|---|
| | Enfant né à terme avec jaunisse nécessitant une exsanguino-transfusion |
| | Chirurgie gynécologique lourde |
| **Facteurs de risque de la grossesse en cours** | Hémorragie antepartum d'origine inconnue (épisode unique après 24 semaines de grossesse) |
| | Indice de masse corporelle (IMC > 35 kg/m2) |
| | Pression artérielle systolique ≥140 mmHg ou diastolique ≥90 mmHg à 2 reprises |
| | Suspicion clinique ou échographique de macrosomie |
| | Induction du travail |
| | Grande multiparité (parité 4 ou plus) |
| | Consommation de drogues à usage récréatif |
| | Traitement psychiatrique ambulatoire en cours |
| | Fibromes utérins |
| | Anomalie fœtale |
| | Âge ≥ 40 ans |

*Source: Intrapartum care (NG235). NICE guideline 2023 p: 18-22/129. (3)*

Tableau 7 : Complément d'information de la HAS des situations à risque identifiées devant également amener à un accouchement en unité d'obstétrique ou à une évaluation individuelle (HAS, 2017 mis à jour en 2023)

| Facteur de risque ou pathologie | Détails | Lieu de naissance recommandé |
|---|---|---|
| **Facteurs de risque généraux** | Age (< 18 ans et > 35 ans) | Unité d'obstétrique |
| | Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement…) | Unité d'obstétrique |
| **Chimiothérapie ou radiothérapie** | | Unité d'obstétrique |
| **Vomissements gravidique sévères** | Avec perte de poids, troubles ioniques, hépatiques … | Unité d'obstétrique |
| **Traitement de l'infertilité** | > 1 an | Unité d'obstétrique |
| **Datation incertaine de la grossesse de découverte tardive** | | Unité d'obstétrique |
| **Béance cervicale** | | À adapter en fonction du terme atteint |
| **Grossesse non-suivie** | | Unité d'obstétrique |

## 2.2. Accouchement normal

La HAS définit l'accouchement normal comme suit :

« *Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés en début de travail.*

*Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant nait spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.*

*L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.*

*Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant.* » (4)

*L'OMS précise que « dans le cadre d'une naissance normale, il faut une raison valable pour interférer avec le processus naturel.* » (11)

Dans son argumentaire de 2007, la HAS précise : *« On ne peut considérer que la grossesse a été strictement « normale » qu'a posteriori, une fois l'accouchement passé et l'enfant né en bonne santé* » (26).

## 2.3. L'approche bio-psycho-sociale de la grossesse et de la naissance

Pour l'association européenne des sages-femmes « *La maison de naissance fournit des soins basés sur le modèle bio-psycho-social de soins. Ce modèle reconnait l'accouchement en tant que processus physiologique qui comporte des dimensions socioculturelles et psychologiques inhérentes. Il démontre que ces dimensions sont difficilement séparables et que des soins périnataux de qualité devraient toutes les prendre en compte. Cette définition entraine qu'une maison de naissance doit répondre à plusieurs standards qui seront développés plus loin.* » (European Midwives Association, 2018) (2)

# 3. PRISE EN CHARGE D'UN ACCOUCHEMENT NORMAL CHEZ UNE FEMME À BAS RISQUE OBSTÉTRICAL ET ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ

L'accouchement comprend 3 stades. Le premier stade du travail commence avec les premières contractions régulières et se termine lorsque la dilatation du col est complète, il est subdivisé en une phase de latence suivie d'une phase active qui va de 5 ou 6 cm de dilatation du col, à dilatation complète. Le deuxième stade commence à dilatation complète et va jusqu'à l'expulsion du fœtus. Il est subdivisé en 2 phases : une phase passive ou phase de descente et une phase active qui commence avec les efforts d'expulsion. Le troisième stade suit la naissance et se termine avec la délivrance du placenta.

La surveillance après la naissance comprend la prise en charge du nouveau-né et de la mère pendant au moins 2 heures. Cela sous-entend que les professionnels qui prennent en charge une femme enceinte soient capables de prendre en charge et si besoin de réanimer le nouveau-né.

**Remarques :**

- Le suivi de la grossesse et ensuite de l'accouchement par le même praticien c'est-à-dire un médecin, en particulier un médecin gynécologue-obstétricien ou une sage-femme est recommandé par les membres du groupe de travail. (Avis des experts du GT)
- Il est recommandé d'adopter une organisation de sorte que le praticien (médecin ou sage-femme) puisse prendre en charge une femme en travail, à partir de la phase active du 1er stade et ce jusqu'à la fin de l'accouchement, en mode « one to one care » (un praticien pour une patiente). (NICE) (*)
- La présence d'au moins une sage-femme expérimentée ayant au moins 3 années de pratique professionnelle dans un service de maternité et/ou avoir participé à 150 accouchements et/ou suivis de travail lors de la naissance est recommandée par la majorité des membres du GT (5/7). (Voir procédure sur la recherche d'un consensus national lors de l'élaboration de la recommandation)

  Cependant, les deux représentantes de l'Association luxembourgeoise des sages-femmes (ALSF) au sein du GT s'opposent à cette recommandation d'expérience professionnelle et demandent que soit expressément mentionné : *« Pour un accouchement programmé en milieu extrahospitalier, la présence obligatoire de deux sages-femmes pendant la phase d'expulsion est fortement recommandée ».*

  Remarque : Avoir suivi le déroulement d'un travail aboutissant à une césarienne est à considérer comme une expérience au même titre qu'un accouchement par voie basse.

Tableau 8 : Accompagnement de la physiologie et interventions médicales possibles à l'admission et au cours du premier stade de l'accouchement normal, repris de la recommandation de bonne pratique de la HAS de 2017, mise à jour en 2023 et adaptée pour le Luxembourg par les experts du groupe de travail (4)

| | Admission | Premier stade du travail |
|---|---|---|
| **Définition** | | - Début : 1res contractions régulières / Fin : dilatation cervicale complète<br>- Passage de la phase de latence à la phase active : 5 - 6 cm de dilatation cervicale |
| **Surveillance de la femme** | Il est recommandé de :<br>prendre connaissance du dossier de suivi de grossesse et de l'éventuel projet de naissance ; réaliser une anamnèse ;<br>évaluer la fréquence, l'intensité et la durée des CU ;<br>enregistrer la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la | Utiliser un partogramme au plus tard au début de la phase active, avec une échelle adaptée à l'histoire naturelle, sans signes d'alerte/d'action.<br>En l'absence d'événements intercurrents, il est recommandé :<br>d'évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 |

| | | |
|---|---|---|
| | température et le résultat de la bandelette urinaire<br>demander si la femme a eu un écoulement vaginal ;<br>mesurer la HU et réaliser une palpation utérine ;<br>proposer un TV si la femme semble être en travail.<br><br>Remarque : en cas de rupture prématurée des membranes (RPM) il est recommandé de ne pas effectuer de TV si la femme n'a pas de contractions douloureuses (5). | minutes au cours de la phase active,<br>d'évaluer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température toutes les 4 heures,<br>de surveiller et noter les mictions spontanées,<br>de proposer un TV toutes les 2 à 4 heures, avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel<br>d'adapter la surveillance en cas d'ALR ou d'administration d'ocytocine pendant le travail.<br>…. |
| **Surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF)** | - S'assurer que la femme a perçu des mouvements fœtaux dans les 24 heures avant l'admission (C).<br>- Évaluer l'état initial de l'enfant à naître :<br>○ soit à l'aide d'une AI durant une contraction et immédiatement après, pendant au moins 1 minute (à répéter plusieurs fois de suite si changement), en palpant le pouls maternel<br>○ soit à l'aide d'un enregistrement continu par CTG pendant 20 minutes (à interpréter à l'aide d'une classification (cf. FIGO ou CNGOF).<br>- Après avoir préalablement informé la femme des bénéfices / risques de chaque technique, laisser le choix à la femme d'une surveillance continue (par CTG), ou discontinue (par CTG ou AI) si les conditions d'organisation de la maternité et la disponibilité permanente du personnel le permettent | - Surveillance discontinue pendant la phase active du 1er stade du travail :<br>• Soit par CTG interprété à l'aide d'une classification (cf. FIGO ou CNGOF)<br>• Soit par AI/doppler toutes les 15 minutes pendant la contraction et immédiatement après durant au moins 1 minute, en vérifiant le pouls maternel et lors de la survenue de tout évènement (*)<br>- Surveillance continue par CTG.<br>- Assurer la traçabilité du RCF quel que soit le mode de surveillance. |
| **Bien-être de la femme** | - S'enquérir des souhaits/ demandes et besoins physiologiques et émotionnels.<br>- Encourager la femme enceinte à se faire accompagner par | - Favoriser les appareils de monitorage permettant une mobilité et le confort des femmes. |

| | | |
|---|---|---|
| | la/les personnes de son choix lors du travail et accouchement dès l'admission (5) | - Autoriser la consommation de liquides clairs (eau, thé sans lait/café noir sucrés ou non, boissons gazeuses ou non, jus de fruit sans pulpe) et d'aliments sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale (B).<br>- Mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales.<br>- Sous ALR la femme peut se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions (C). |
| **Interventions non médicamenteuses** | | - Faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande (B).<br>- Accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux souhaités (immersion, relaxation, acupuncture, hypnose ou massages) pour prendre en charge la douleur. |
| **Interventions médicamenteuses possibles** | | - En phase active de travail, proposer une intervention si l'on constate une stagnation de la dilation, c'est-à-dire si la vitesse de dilatation est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1 cm/2 h au-delà de 7 cm :<br>o en 1ère intention, une amniotomie si les membranes sont intactes ;<br>o une administration d'oxytocine si les membranes sont déjà rompues et les CU jugées insuffisantes. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Remarque : ne pas administrer d'oxytocine sans stagnation de la dilatation même si la fréquence des contraction est < à 3/10min. En revanche, elle doit être proposée en cas de stagnation de la dilatation à membranes rompues. (5)<br>- Antibioprophylaxie :<br>o en cas de SGB + (B) ;<br>o en cas de rupture des membranes à terme > à 12h sans mise en travail (A) ; surveillance à adapter et infection à rechercher (au minimum NFS, BU et prélèvement vaginal) |
| **Prise en charge médicamenteuse de la douleur** | - Evaluer la douleur à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS) et proposer différents moyens de la soulager. | - La demande d'une analgésie est guidée par l'intensité de la douleur ressentie : évaluer la douleur à l'aide d'une échelle validée (type EVA, ENS).<br>- Offrir aux femmes qui le souhaitent une technique d'ALR (méthode la plus sûre et la plus efficace), sans limite de dilatation cervicale minimale exigée (A). Proposer une analgésie faible dose pour respecter le vécu de l'accouchement en limitant le bloc sensitivomoteur, et favoriser la mobilité (faible concentration d'anesthésique local associé à des morphiniques liposolubles et/ou clonidine) (A). L'ALR faible dose n'induit pas d'excès d'extraction instrumentale, ni de césarienne, ni d'effet secondaire pour le fœtus et le nouveau-né.<br>- L'administration d'oxytocine est à évaluer suivant la fréquence et l'intensité des contractions (recommandation des experts du GT) si ALR.<br>- Ne pas administrer systématiquement un remplissage vasculaire (B). Entretenir l'ALR préférentielle-ment au moyen d'une pompe d'auto-administration par la femme (A). Proposer une rachianalgésie faible dose ou |

| | | |
|---|---|---|
| | | une rachianalgésie combinée à une péridurale pour obtenir une analgésie plus rapide sans bloc moteur si la dilatation cervicale est trop avancée (C).<br>- Alternatives à l'ALR en cas de contre-indication, d'échec ou de refus de celle-ci, d'indisponibilité d'accès ou dans l'attente de celle-ci (phase de latence hyperalgique et si la femme est demandeuse) : opiacés. |

AI : auscultation intermittente ; ALR : analgésie locorégionale ; BU : bandelette urinaire ; CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens francophones ; CTG : cardiotocographie ; CU : contraction utérine ; ENS : échelle numérique simple ; EVA : échelle visuelle analogique ; FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics ; HU : hauteur utérine ; NFS : numération formule sanguine ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; SGB : streptocoque du groupe B ; TV : toucher vaginal.

Tableau 9 : Accompagnement de la physiologie et interventions médicales possibles au cours du deuxième et troisième stade de l'accouchement normal (repris de la HAS 2017) (4) et adapté pour le Luxembourg

| | Deuxième stade du travail | Troisième stade du travail |
|---|---|---|
| **Définition** | - Début : dilatation cervicale complète / Fin : naissance de l'enfant<br>- Phase de descente (phase passive) /phase d'expulsion (phase active) | - Début : naissance de l'enfant / Fin : délivrance complète du placenta |
| **Surveillance de la femme** | - En l'absence d'événements intercurrents :<br>○ poursuivre l'utilisation du partogramme ;<br>○ évaluer la fréquence cardiaque, la tension artérielle et la température toutes les heures ;<br>○ évaluer la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant 10 minutes<br>- Surveiller et noter les mictions spontanées<br>- Proposer un TV toutes les heures. | - Surveillance rapprochée de la mère pendant le 3e stade et les deux heures suivant l'accouchement : mesurer à intervalle régulier le pouls, la tension artérielle et évaluer les pertes sanguines et le globe utérin.<br>- Laisser à l'appréciation des équipes en salle de naissance l'utilisation systématique d'un sac de recueil pour la quantification des pertes sanguines. |
| **Surveillance du RCF/de l'enfant** | - Laisser le choix aux praticiens et aux femmes entre l'AI toutes les cinq minutes (avec praticien par femme (sage-femme ou médecin), et l'enregistrement continu du RCF | - Cf. Fiche mémo sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance (2017). *https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820763/fr/a* |

| | | |
|---|---|---|
| | par CTG (à interpréter à l'aide d'une classification, cf. FIGO ou CNGOF). | *ccueil-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance* |
| **Bien-être de la femme et de son enfant** | - Idem 1er stade du travail<br>- Laisser la femme choisir la position qu'elle préfère pour l'expulsion du fœtus. (NICE grade A) | - Cf. Fiche mémo sur l'accueil du nouveau-né en salle de naissance (2017). |
| **Interventions non médicamenteuses** | - Idem 1er stade du travail | - Informer les femmes qu'une délivrance, sans recours à l'administration d'agents utérotoniques, augmente le risque d'HPP > 500 ml et de transfusion maternelle, ainsi que la durée de la délivrance, y compris chez les femmes à bas risque. |
| **Prise en charge médicamenteuse de la douleur** | - Idem 1er stade du travail | - En cas de gestes endo-utérins ou périnéaux, proposer une rachianalgésie faible dose ou une rachianalgésie combinée à une péridurale chez les femmes sans analgésie, voire renforcer l'ALR déjà établie si besoin. |
| **Interventions médicales** | - Interventions médicales possibles mais non systématiques :<br>○ amniotomie (membranes le plus souvent déjà rompues) ;<br>○ administration d'oxytocine (au bout de deux heures à dilatation complète si la patiente ne ressent pas d'envie de pousser et que la présentation n'a pas atteint le détroit moyen, en cas de dynamique utérine jugée insuffisante) ;<br>○ rotation manuelle de la tête fœtale des variétés postérieures et transverses (en cas de prolongation du 2e stade) ;<br>○ incitation ou direction des efforts expulsifs ;<br>○ extraction instrumentale; | - Pour tous les accouchements par voie basse, administrer de l'oxytocine afin de diminuer l'incidence des HPP (A), au moment du dégagement des épaules ou dans les minutes qui suivent la naissance, sinon après la délivrance (B). Pas de traitement d'entretien systématique par ocytocine recommandé après un accouchement par voie basse.<br>- Pour prévenir le risque d'HPP après un accouchement par voie basse, pas d'efficacité démontrée pour aucun des gestes suivants : vidange systématique de la vessie, moment particulier de clampage du cordon (B), drainage systématique du |

| | | |
|---|---|---|
| | ○ épisiotomie ;<br>○ césarienne.<br>- Ne pas débuter les efforts expulsifs dès l'identification d'une dilatation complète mais laisser descendre la présentation du fœtus (A).<br>- Afin de diminuer la durée des efforts expulsifs et le taux de naissance opératoire (césarienne ou extraction instrumentale), et si les états maternel et fœtal le permettent, débuter les efforts expulsifs en cas d'envie impérieuse maternelle de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le détroit moyen.<br>- Laisser pousser la femme de la manière qui lui semble la plus efficace.<br>- Ne pas recourir à l'expression abdominale (B).<br>- Pas de données suffisantes pour recommander : ni la technique de dégagement de la tête fœtale, ni l'accompagnement du mouvement de rotation de restitution de la tête fœtale, ni l'application de compresses chaudes. La manœuvre de Ritgen* (B) et la pratique de massage périnéal (C) ne sont pas recommandées.<br>- Ne pas utiliser en systématique un échographe en salle de naissance pour déterminer l'orientation de la présentation (B).<br>- Utilité de pouvoir disposer d'un échographe en salle d'accouchement pour évaluer la position de la tête fœtale si l'examen clinique ne le permet pas (en cas de bosse sero sanguine par exemple) (avis des experts du GT)<br>- Informer le gynécologue-obstétricien en cas de non- | cordon, mise au sein précoce (C), massage utérin systématique (A).<br>- Pas de position particulière pendant le travail ou la délivrance à recommander pour prévenir l'HPP.<br>- En cas de rétention placentaire, l'administration d'ocytocine par voie intra-funiculaire ou par voie IV ou IM n'est pas efficace. Pratiquer alors une délivrance artificielle (A).<br>- En l'absence de saignements, réaliser la délivrance artificielle à partir de 30 minutes suivant la naissance, sans dépasser 60 minutes. |

| | | |
|---|---|---|
| | progression du fœtus après deux heures de dilatation complète avec une dynamique utérine suffisante. | |

AI : auscultation intermittente ; ALR : analgésie locorégionale ; CU : contraction utérine ; HU : hauteur utérine ; BU : bandelette urinaire ; CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens francophones ; CTG : cardiotocographie ; FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics ; HPP : hémorragie du post-partum ; IM : intra-musculaire ; IV : intra-veineuse ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; TV : toucher vaginal. Manœuvre de Ritgen : manœuvre consistant à crocheter le menton (à travers le périnée, entre le coccyx et l'anus) afin de dégager progressivement la tête fœtale

# 4. LES DIFFÉRENTS LIEUX DE NAISSANCES EN EUROPE

## 4.1. Au Luxembourg

Au Luxembourg, le service d'obstétrique est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière comme suit (12) :

*« Un service de diagnostic, de suivi et de traitement de la femme et de l'enfant durant la grossesse normale et pathologique, ainsi que lors de l'accouchement, et qui assure le suivi post-natal immédiat de la mère et de l'enfant, par l'intervention coordonnée des professionnels concernés.*

*Le service d'obstétrique doit être accessible 24h/24 et 7j/7 et assure un nombre minimum de 300 accouchements par an. Tout service d'obstétrique a recours aux soins de kinésithérapie, au soutien psychologique et à l'assistance sociale. Le service est en lien direct et fonctionnel avec un service de soins intensifs pour adultes établi sur le même site et avec un service de néonatologie intensive, situé ou non sur le même site ; les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés in utero vers une autre maternité et ex utero vers le service national de néonatologie intensive font l'objet de conventions et sont portés à la connaissance du public.*

*Un service d'obstétrique fait partie intégrante de la maternité, unité organisationnelle d'un hôpital, dont on distingue 2 niveaux :*

- *une maternité de niveau 1 comporte un service d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales, l'examen et la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, dans des situations fréquentes et sans gravité. Si une maternité de niveau 1 réalise 1.500 accouchements par an ou plus, elle peut assurer le suivi des grossesses pathologiques et le service de pédiatrie de proximité peut y disposer d'une unité de néonatologie (non-intensive) pour la prise en charge des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation et qui nécessitent des soins néonataux non-intensifs spécialisés. Une convention avec l'hôpital exploitant le service national de néonatologie précise les critères et les modalités de transfert des nouveau-nés,*
- *une maternité de niveau 2 comporte un service d'obstétrique et un service de néonatologie intensive pour la prise en charge des grossesses normales, pathologiques et à haut risque et des nouveau-nés pouvant présenter des difficultés d'adaptation nécessitant des soins néonataux spécialisés, ainsi que des nouveau-nés présentant des détresses graves.*

*Une maternité qui assure moins de 1500 accouchements par an dispose au moins d'une disponibilité 24h/24 et 7j/7 sur appel et dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité, du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique et du médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que du médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. Une maternité de niveau 1 qui assure annuellement 1500 accouchements ou plus, ou une maternité de niveau 2 quel que soit son niveau d'activité, doit disposer d'une présence, 24h/24 et 7j/7 sur le site de l'établissement, d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, d'un médecin spécialiste en anesthésie pour la prise en charge de la femme enceinte et parturiente, ainsi que de la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie pour la prise en charge du nouveau-né. »*

Entre 2017 et 2021, moins d'une vingtaine de naissances par an sont survenues à domicile que la naissance y soit planifiée ou non. (10)

En 2022 il y a eu 28 accouchements extrahospitaliers planifiés et 3 transferts pris en charge par la CNS. En 2023, 19 accouchements extrahospitaliers et 11 transferts ont été pris en charge par la CNS.

## 4.2. En Suisse

Les maisons de naissance existent depuis plusieurs dizaines d'années. L'article 39 de loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMaL) et l'article 55a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) de 2009 a légalisé l'existence des maisons de naissance (IGGH-CH, 2021). Une liste de maisons de naissance reconnues est intégrée dans la liste des établissements cliniques au niveau cantonal. (7)

L'association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH) a publié 2 lignes directrices. La première de 2021 s'intitule « *Lignes directrices pour les maisons de naissance suisses* » et reprend la définition légale des maisons de naissance, leur organisation avec, entre autres, les exigences générales en matière de qualité, d'hygiène et d'infectiologie, les protocoles de sortie et de transfert, les formations nécessaires, les données statistiques à transmettre, la disponibilité et les critères de qualité du travail. Ces lignes directrices décrivent aussi les exigences d'infrastructure et la documentation à produire. (12)

Une deuxième directive, publiée en 2022, est un « *Guide avec critères et liste de contrôle pour l'élaboration des documents relatifs à la gestion et aux procédures de transfert* » qui reprend toutes les informations qu'une maison de naissance doit mettre en place pour organiser un transfert quand il est nécessaire. (13)

## 4.3. En France

Les articles D6124-35 à D6124-63 du Code de la santé publique précisent entre autres que « *L'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant :*

1. *De fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des soins ;*
2. *D'assurer une préparation à la naissance et d'effectuer des visites du secteur de naissance (ou bloc obstétrical) pour les patientes qui le souhaitent ;*
3. *D'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement*

*et de faire réaliser la consultation préanesthésique prévue à l'article D. 6124-92 par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement ;*

4. *De faire bénéficier les consultantes, y compris en urgence, d'examens d'imagerie par ultrasons. » (15)*

La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorise l'expérimentation des maisons de naissance et précise que :

- *« A titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées maisons de naissance , où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique. Ces autorisations portent sur une durée maximale de six ans.*
- *La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure. »* (16)

La HAS a édité en 2014 un cahier des charges pour ces maisons de naissance qui reprend :

- Les critères d'éligibilité des femmes suivies ;
- Les modalités d'organisation dont la description des lieux, du matériel, des médicaments et dispositifs médicaux à avoir, du dossier patient, du système d'information, et les informations à collecter concernant la femme enceinte ;
- Les modalités de fonctionnement en instituant sur la nécessité d'avoir un règlement intérieur, une convention avec l'établissement partenaire situé à côté, un enregistrement de données dont les évènements indésirables liés aux soins et les évènements indésirables graves ;
- Les modalités de prise en charge de la femme en pre-partum, per-partum, post-partum, ainsi que la prise en charge et le suivi du nouveau-né. (17)

Le décret no 2021-1768 du 22 décembre 2021 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance et qui complète le code de la santé publique français précise que :

- *« Les maisons de naissance mentionnées à l'article L. 6323-4 disposent de locaux, d'installations matérielles et de procédures de bio nettoyage permettant d'assurer aux patients des conditions d'accessibilité, de sécurité et d'hygiène conformes aux normes en vigueur. Les locaux sont de dimension suffisante pour assurer la qualité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes inscrites, ainsi que les actions de soutien à la parentalité.*
- *Les maisons de naissance disposent d'une organisation et d'un matériel permettant de réaliser le transfert d'urgence, si nécessaire allongé, des parturientes et nouveau-nés. Elles disposent également d'un chariot d'urgence adapté aux différentes complications susceptibles de survenir.*

- *Les maisons de naissance se dotent d'une charte de fonctionnement dont le contenu est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, qui comprend notamment les modalités de suivi médical des femmes et l'organisation de la disponibilité des professionnels.*
- *Les sages-femmes exerçant au sein d'une maison de naissance justifient d'une expérience minimale d'accouchement durant les deux années précédant le début de l'exercice de leur activité dans la structure.*
  - *L'effectif de sages-femmes exerçant au sein de la maison de naissance est en nombre suffisant pour garantir la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes inscrites.*
  - *Une sage-femme est en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec les conditions de sécurité de prise en charge des parturientes et nouveau-nés.*
  - *Lors des accouchements, l'organisation de la maison de naissance garantit la présence dans les locaux d'une seconde sage-femme de l'équipe, qui assiste la sage-femme réalisant l'accouchement, notamment lorsqu'une situation d'urgence survient et que le transfert de la parturiente ou de son enfant doit être organisé.*
- *Les maisons de naissance s'assurent de la formation adaptée et régulière de leurs professionnels, notamment en matière de gestion des urgences maternelles, fœtales ou pédiatriques néonatales.*
- *Les professionnels de santé de la maison de naissance s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. »* (18)

## 4.4. En Belgique

Le KCE souligne que :

- *« Une femme enceinte peut opter pour un suivi prénatal effectué exclusivement par un gynécologue-obstétricien ou pour un suivi mixte effectué conjointement par un gynécologue et une sage-femme (et/ou un médecin généraliste). »*
- *Les gynécologues effectuent des suivis de grossesse en hôpital, dans un cabinet privé ou, plus rarement, dans une consultation de l'ONE. Ils sont également les seuls dont les échographies sont remboursées.*
- *Les sages-femmes effectuent des suivis de grossesse en hôpital, dans une consultation de l'ONE ou en pratique privée (solo ou de groupe). Il existe également des pratiques de groupe où gynécologues et sages-femmes travaillent de concert.*
- *Le suivi prénatal peut également impliquer un médecin généraliste (en pratique solo, de groupe ou en consultation ONE), mais cette modalité est plutôt rare et concerne surtout la Flandre. »* (1)

## 4.5. En Allemagne

Depuis 2007 les maisons de naissance sont inscrites au « *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)* ». Les droits des femmes enceintes de recourir aux soins des sages-femmes et le libre choix du lieu de naissance sont également reconnus dans cette loi. (19)

Depuis 1999 les données concernant les naissances hors de l'hôpital (à domicile ou dans des « centres de naissances ») ont commencé à être encodées et depuis 2015 cet encodage est devenu obligatoire. Toutes ces informations sont publiées dans un rapport annuel très détaillé, « Qualitätsbericht : Ausserklinische Geburtshilfe in Deutschland ». Le dernier rapport publié concerne l'année 2021. Les données de 17.530 naissances planifiées et débutées hors hôpital (1,8% de l'ensemble des naissances) ont été analysées. 14% des femmes ont été transférées pendant l'accouchement dans un hôpital pour des raisons non urgentes et 1% pour des urgences. La cause principale des transferts est la non-progression du travail dans la deuxième phase de l'accouchement (39% des transferts).

Le rapport souligne aussi qu'en cas de transfert urgent ce qui importe c'est l'accessibilité direct et rapide à un service d'obstétrique.

Parmi les 6.025 primipares ayant débuté leur accouchement en dehors de l'hôpital, 31,6% ont bénéficié d'un transfert pendant l'accouchement. Elles ne sont que 7,1% quand elles ont déjà un enfant et 5,0% si elles ont plus de deux enfants. Ce rapport détaille aussi les données de la documentation à transmettre obligatoirement. (Qualitätsbericht, 2021) (20)

Un document très détaillé décrit aussi toutes les conditions nécessaires aussi bien concernant l'organisation des maisons de naissance que les exigences de qualité des soins pour qu'elles soient prises en charge par les assurances maladies allemandes (GKV Spitzenverband der Krankenkassen, « Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen », 2018) (21)

Sur le site du réseau des maisons de naissance « Netzwerk der Geburtshäuser » (https://www.netzwerk-geburtshaeuser.de/geburtshaus/), on peut lire la définition suivante :

« *Les maisons de naissance sont des établissements dirigés par des sages-femmes, où les femmes enceintes et leurs familles sont suivies pendant l'accouchement et, si possible, prises en charge par une sage-femme pendant toute la grossesse.*

*Depuis plus de trente ans, les maternités (maisons de naissance) ont fait leurs preuves dans toute l'Allemagne, ce sont des lieux de soins holistiques pour les femmes enceintes et les familles. De plus en plus de futurs parents souhaitent une prise en charge complète par une sage-femme dès le début de la grossesse.* ». Si la femme enceinte est suivie par les sages-femmes de la maison de naissance, certains actes comme les échographies doivent néanmoins être réalisés par son gynécologue.

# 5. LES QUALIFICATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PRENANT EN CHARGE UNE GROSSESSE A BAS RISQUE

Au Luxembourg, le règlement grand-ducal du 22 novembre 2019 détermine le statut, les attributions et les règles de l'exercice de la profession de santé de sage-femme :

« *Art. 2. La sage-femme est le professionnel de santé dont la pratique comporte des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance et à l'accompagnement de la grossesse normale, ainsi qu'à la préparation, à la surveillance et à la pratique de l'accouchement normal. Elle pratique des actes nécessaires aux soins postnataux à la mère et au nouveau-né et, au-delà de la période post-natale, elle prodigue des conseils dans les domaines de l'alimentation et de l'éducation à la santé aux parents du nourrisson bien-portant. En cas de pathologie maternelle, fœtale, ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Dans tous les cas de grossesses ou de suites de couches pathologiques, les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin.* » (22)

Il est spécifié dans les textes qui ont servi à la rédaction de cette recommandation de bonne pratique que :

- Les sages-femmes doivent connaître la fréquence des pathologies qui peuvent survenir chez un bébé pour pouvoir informer les futures mères (NICE, 2023) (3)
- Tout professionnel de santé susceptible d'accompagner une femme pendant le travail devrait suivre régulièrement une formation aux premiers gestes de réanimation en accord avec les recommandations en vigueur. (HAS, 2017) (6)

En Belgique, le KCE (KCE Report 326Bs, 2019) (1) recommande :

- *« Les programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé impliqués dans les prises en charge de la grossesse et de la naissance devraient inclure des modules visant l'acquisition de compétences nécessaires à la pratique collaborative. Les professionnels qui souhaitent s'investir dans le suivi des femmes enceintes devraient se former à la conduite des consultations de conseil prénatal personnalisé et à la délivrance d'interventions liées à la préparation à l'accouchement et à la parentalité. Enfin, la formation initiale des sages-femmes, actuellement orientée sur la prise en charge en milieu hospitalier devrait comprendre davantage de modules orientés sur la prise en charge extra-muros.*
- *Les professionnels de la santé devraient développer leur propre façon d'organiser le parcours de suivi prénatal proposé, en tenant compte du contexte local et des acteurs impliqués dans le maillage multidisciplinaire. Quelles que soient les modalités d'organisation choisies, le parcours de suivi prénatal comportera trois volets, coordonnés par un coordinateur de soins et formalisés dans un plan de soins : le suivi clinique, les consultations de « Conseil Prénatal Personnalisé » (CPP) et les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP). »*

# 6. GRADES DE RECOMMANDATION

## 6.1. Conseil scientifique

**Recommandation forte**

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation claire et confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation forte est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle est applicable à la plupart des patients concernés par l'intervention.

**Recommandation faible**

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation prudente et moyennement confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation faible est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle peut être applicable uniquement à un sous-groupe restreint de patients.

**Absence de recommandation**

En l'absence d'éléments suffisants permettant une étude pertinente de l'intervention médicale, le CS constate son incapacité à émettre une recommandation quelconque.

## 6.2. HAS

**A** : Preuve scientifique établie

**B** : Présomption scientifique

**C** : Faible niveau de preuve

**AE** : Accord d'experts

# 7. BIBLIOGRAPHIE

(réalisée entre mars 2023 et mai 2024)

1) Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque - Synthèse. Benahmed N., Lefèvre M., Christiaens W. et al. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).2019. KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77. https://www.kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/vers-un-parcours-prenatal-integre-pour-les-grossesses-a-bas-risque

2) Standards européens pour les maisons de naissance. European Midwives Association. 2018. Traduction en français 2022.

https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2022/07/LY1898BRO-Midwifery-Unit-Network-Standards_French_16.06.2022.pdf

3) NICE guideline, 2023
https://www.nice.org.uk/guidance/ng235

4) Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Fiche de synthèse. HAS décembre 2017 mise à jour 22 novembre 2023.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/fs_accouchement_v3.pdf

5) Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / décembre 2017
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/actualisation_rbp_accouchement_normal.pdf

6) Fiche mémo : Accueil du nouveau-né en salle de naissance. HAS Décembre 2017
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820763/fr/accueil-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance

7) Rapport annuel 2022. Wettingen et Fresens, février 2023. IGGH-CH. Association Suisse des Maisons de Naissance.
https://www.geburtshaus.ch/uploads/news/Rapport_annuel_2022_Fr.pdf

8) Résumé d'orientation : Évolution de la mortalité maternelle 2000-2017. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations. Organisation mondiale de la Santé, 2019
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332962/WHO-RHR-19.23-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9) Analyse comparative des profils de mortalité maternelle entre pays européens avec système renforcé de surveillance. Deneux-Tharaux C., Diguisto C., Saucedo M. pour le groupe International Network Obstetrical Surveillance System. Bull épidémiol Hebd. 2023;(3-4) 53-60.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/article/analyse-comparative-des-profils-de-mortalite-maternelle-entre-pays-europeens-avec-systeme-renforce-de-surveillance

10) Surveillance de la Santé Périnatale au Luxembourg 2017–2019 (2023)
https://sante.public.lu/fr/publications/s/surveillance-sante-perinatale-2017-2019.htmlccc

11) Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement Transformer le soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être. OMS. 2018
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?sequence=1

12) Loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2018/03/08/a222/jo

13) Lignes directrices pour les maisons de naissance suisses. Guide IGGH-CH 2021
https://www.geburtshaus.ch/uploads/docs/leitlinien/2021_12_16_Leitinien_fr_Version_1.0def_1.pdf

14) Guide avec critères et liste de contrôle pour l'élaboration des documents relatifs à la gestion et aux procédures de transfert. Qualité IGGH-CH. 2022
https://www.geburtshaus.ch/uploads/docs/leitlinien/2023.01.31__Verlegungen_Leitfaden_checkliste_IGGH-CH_Qualitat_Version_1.0_FR.pdf

15) Code de la santé publique : Sous-section 3 : Obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale. ... (Articles D6124-35 à D6124-63)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006196700/2020-12-30/

16) Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance (France).
https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000027545493/

17) Maison des naissances : cahier des charges de l'expérimentation HAS 2014
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf

18) Journal officiel de la République Française, Décret no 2021-1768 du 22 décembre 2021 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance.
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044554310

19) Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/

20) Qualitätsbericht 2021: AußerKlinische Geburtshilfe Deutschland. Christine Loytved. ISBN: 978-3-95735-159-3
https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2021.pdf

21) Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/geburtshaeuser/20190101_Geburtshaeuser_Lesefassung_komplett_ueberarbeiteter_EV_Endversion_07.11.2018.pdf

22) Loi du 29 juin 2023 portant modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé
https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2019/11/22/a794/joèglement grand-ducal du 22 novembre 2019 déter... - Legilux (public.lu)

23) Recommandations de l'OMS pour les soins postnataux de la mère et du nouveau-né. OMS 2017.
https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/GAB-MN-48-01-OPERATIONALGUIDANCE-fra-WHO-Recommendations-Postnatal-Mother-Newborn-Care.pdf

24) Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. Cochrane Database of Systematic Reviews

2023, Issue 3. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub3. Accessed 23 April 2024.
https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub3/full

25) Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones LV, Shennan AH, Rayment-Jones H. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6. Accessed 23 April 2024.
https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub6/full

26) Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS - Argumentaire, mai 2007
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/suivi_et_orientation_des_femmes_enceintes_en_fonction_des_situations_a_risque_identifiees_-_argumentaire.pdf

27) Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS – Recommandations professionnelles, mise à jour mai 2016
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

# 8. GROUPE DE TRAVAIL

## GT Santé de la femme – sous-groupe « Filières des naissances »

**Dr Isabelle ROLLAND,** experte de la CEM, coordinatrice rédactrice

**Madame Laure BAUMANN, sage-femme**

**Dr Jean-Pierre CLEES,** gynécologue-obstétricien

**Madame Sandrine COLLING,** experte de la CEM

**Dr Claire DILLENBOURG,** membre du CS

**Madame Sheila FRANTZ,** sage-femme

**Dr Angelina GANIEVA,** experte de la CEM

**Madame Anabela MARTINS,** experte de la CEM

**Dr Olivier PIERRARD,** urgentiste au CGDIS

**Dr Patrick TABOURING,** médecin généraliste (représentant SSLMG)

**Dr Didier VAN WYMERSCH,** gynécologue-obstétricien

Les membres du GT ont déclaré leurs conflits d'intérêts potentiels avec le sujet de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225