



HAL
open science

Maisons de naissance et qualité des soins

Françoise Vendittelli, Catherine Foulhy

► **To cite this version:**

Françoise Vendittelli, Catherine Foulhy. Maisons de naissance et qualité des soins. La Revue Sage-Femme, 2020, 19, pp.39 - 43. 10.1016/j.sagf.2020.06.011 . hal-03491263

HAL Id: hal-03491263

<https://hal.science/hal-03491263>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dochead Clinique
Sous-dochead Périnatalité
Maisons de naissance et qualité des soins

Françoise Venditelli^{a,b}

Épidémiologiste, gynécologue-obstétricienne, présidente du conseil scientifique Audipog

Catherine Foulhy^{b,c,*}

Sage-femme, membre du comité scientifique Audipog

^a Université Clermont-Auvergne, CHU Clermont-Ferrand, CNRS, SIGMA Clermont, Institut Pascal,

58 rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand cedex, France

^b Université Claude-Bernard Lyon 1 – Laënnec,

7 rue Guillaume-Paradin, 69372 Lyon cedex 08, France

^c 185 rue du Moulin, 63112 Blanzat, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : cfoulhy@gmail.com (C. Foulhy).

Résumé

Les maisons de naissance font partie intégrante de l'offre de soins en périnatalité dans la plupart des pays à haut niveau de ressources économiques. Elles proposent un changement de paradigme en offrant un modèle continu de soins, patient-centré, innovant, avec un accouchement réalisé en ambulatoire et qui valorise la salutogenèse. La France a récemment autorisé l'ouverture de huit établissements qui sont en cours d'expérimentation. Le rapport sur la qualité des soins qui y sont prodigués est riche d'enseignements.

© 2020

Mots clés – maison de naissance ; périnatalité ; qualité des soins ; salutogenèse ; sécurité

Summary à traduire

© 2020

Keywords à traduire et à lister par ordre alphabétique

Le rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance (MDN) en France, paru en novembre 2019 [1] porté par un groupe de recherche sur l'évaluation des MDN, est le fruit d'un travail collaboratif initié il y a plus de deux ans.

Ce groupe était composé de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), du Club des anesthésistes réanimateurs en obstétrique (Caro), du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), du Collège national des sages-femmes de France (CNSF), de l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog), de l'agence régionale de santé (ARS) et du Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane).

T1 Contexte

Le début du xx^e siècle a été marqué par des avancées technologiques majeures en obstétrique, avec la création de nouveaux outils pour la surveillance de la grossesse, du travail et de l'accouchement

(instruments pour l'accouchement et développement des techniques de césarienne, monitoring pour la surveillance du rythme cardiaque fœtal [RCF], échographie obstétricale, analgésie péridurale).

T2 Santé périnatale en France

TEG1 Si ces avancées ont largement contribué à la réduction de la morbidité maternelle et néonatale, certains praticiens français ont alerté, dès les années 1970, sur les effets potentiellement néfastes de ces nouvelles prises en charge en les jugeant trop techniques, trop standardisées et déshumanisantes. Ce n'est que plus tard, vers la fin des années 1990, que sont apparues les premières associations de patientes et de professionnels ayant pour but de défendre une naissance plus respectueuse et physiologique [2].

TEG1 La publication de résultats d'études scientifiques européennes et internationales a révélé la position relativement médiocre de notre pays en termes de santé périnatale. La France se démarquait notamment par des interventions très fréquentes au cours du travail et de l'accouchement (épisiotomie, utilisation d'oxytocine), sans qu'elles ne soient associées à de meilleurs résultats de santé [3-6].

TEG1 Les premiers états généraux de la naissance, en 2003, ont été une occasion unique, pour l'ensemble des acteurs, de débattre de « l'insatisfaction des usagers dans l'accès à des pratiques respectueuses du déroulement physiologique de l'accouchement » et de « la médicalisation parfois excessive et systématique » de l'accouchement [7]. La mission "périnatalité" commandée, en 2003, par Jean-François Mattei, alors ministre en charge de la santé, a abouti un an plus tard à la publication d'une série de mesures dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007 qui a mis l'accent sur l'articulation nécessaire entre « humanité, proximité, qualité, [et] sécurité » [5,8]. La conclusion était que les professionnels de la naissance devaient modifier leurs pratiques afin d'enrayer cette surmédicalisation [9]. Une autre option a été de proposer l'ouverture de structures dédiées à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement physiologique des femmes à bas risque, telles que les MDN.

T2 Place des MDN à l'international

TEG1 Dénommée *Midwifery Unit* en anglais, la première MDN, comparable à celles que nous connaissons actuellement en France, a ouvert ses portes à New York en 1975. Il en existe aujourd'hui plus de 150 aux États-Unis, 169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne et 25 en Suisse. En 2019, la Bulgarie et la République tchèque ont également créé leurs premières *Midwifery Units Network*, des structures offrant des soins obstétricaux aux femmes en bonne santé ayant une grossesse unique au sein desquelles les sages-femmes assument leur responsabilité professionnelle de soins primaires (dits de premier recours) [10]. Selon la distance qui sépare la structure de la maternité partenaire, il est question de *Alongside Midwifery Units*, adjacentes aux services d'obstétrique, ou de *Freestanding Midwifery Units*, localisées à distance des maternités. Implantées depuis longtemps dans certains pays, les MDN ont fait l'objet d'évaluations scientifiques publiées qui ont montré leurs bénéfices : dans ces structures, le recours aux interventions est beaucoup moins fréquent qu'à l'hôpital, avec un même niveau de sécurité qu'en maternité.

TEG1 En France, en 2015, huit MDN ont été autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans, six en métropole et deux dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [11].

Elles sont dirigées par les sages-femmes qui organisent le suivi des grossesses à bas risque, la préparation à la naissance et les soins postnatals [12,13]. Aucune étude scientifique n'avait été réalisée sur l'ensemble des huit MDN concernant la qualité des soins prodigués dans ces structures. Dans une optique d'*evidence-based public health decision*, il a été décidé de conduire une évaluation basée sur des données probantes, c'est-à-dire reposant sur des indicateurs pertinents et valides, issus de données fiables et rigoureusement collectées, puis analysées et explorées sur plusieurs dimensions afin de déterminer le nombre et la fréquence des femmes ayant accouché en MDN, ainsi que la pertinence et l'efficacité et la sécurité des soins [14,15].

T1 Évaluer la qualité des soins en MDN

Une étude nationale descriptive, de type cohorte historique, des femmes suivies pendant la grossesse dans les huit MDN de France et dont l'accouchement était planifié dans ces structures au cours de l'année 2018 a été conduite.

T2 Objectif de l'étude

TEG1 L'objectif du groupe de travail était d'évaluer les pratiques obstétricales ainsi que la santé des femmes et des nouveau-nés pris en charge en MDN. Il s'agissait d'une opportunité de mesurer rapidement, après le début de l'expérimentation de ces nouvelles structures en France, les effets du changement de paradigme qu'elles initient. En effet, les MDN modifient singulièrement l'offre de soins française en périnatalité en proposant un modèle :

- patient-centré et innovant, avec une trajectoire qui mixe parcours de soins en ville, en structure et à domicile ;
- continu, où le suivi médical et les soins sont tous assurés par la même sage-femme ou par un binôme connu de la femme ;
- qui valorise la salutogenèse², car la promotion de la santé et la prévention constituent les concepts fondateurs de ces structures.

TEG1 Ce travail s'inscrit dans un contexte international où les pays à haut niveau de ressources ont instauré des MDN depuis longtemps déjà et les évaluent régulièrement à travers de nombreuses publications scientifiques. Il permet de combler une partie du retard que la France accuse dans ce domaine et ouvre des perspectives cliniques et scientifiques nouvelles.

TEG1 Le groupe de recherche rassemble des chercheurs en santé publique affiliés à des institutions de recherche (équipe de recherche en épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale [EPOPé-Inserm] U1153/université Paris-Descartes et équipe SIGMA-Institut Pascal, Centre national de la recherche scientifique [CNRS], Clermont-Ferrand) qui souhaitaient réaliser une évaluation scientifique de la qualité des soins prodigués en MDN, et ce à travers plusieurs dimensions : la pertinence, l'efficacité et la sécurité.

T2 Source des données et méthodologie

TEG1 Les données étaient issues de la base de données informatisée de l'Audipog [16]. Créée en 1980, cette association a mis au point un dossier périnatal consensuel associé à une base de données informatisée commune à deux cents maternités partenaires françaises. Souhaitant bénéficier de la plate-forme informatique, le Collectif des maisons de naissance a développé, avec l'Audipog, un dossier informatisé d'évaluation adapté aux particularités des MDN et renseigné par chaque sage-femme pour chaque femme. L'exhaustivité de la base de données pour recenser les accouchements ayant eu lieu en MDN en 2018 a été vérifiée par comparaison aux registres d'état civil.

TEG1 La pertinence des soins a été évaluée à partir des caractéristiques des femmes.

L'accouchement en MDN étant réservé aux patientes à bas risque obstétrical, des critères sont appliqués pour orienter vers les maternités partenaires celles qui présenteraient un risque materno-fœtal identifié lors de la grossesse. Le cahier des charges des MDN [17,18] prévoit qu'ils soient ceux définis par la Haute Autorité de santé (HAS). Pour limiter toute situation à risque, le Collectif des maisons de naissance a décidé de prendre en compte des critères supplémentaires d'inéligibilité pour un accouchement en MDN : la présence d'un utérus cicatriciel et la grossesse gémellaire bichoriale.

TEG1 L'efficacité des soins prodigués en MDN pendant le travail obstétrical a été évaluée à partir des critères suivants : la durée de la phase active (définie à partir de 5 cm de dilatation cervicale), l'apparition de pathologies lors du travail, la rupture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle), le nombre de touchers vaginaux réalisés, la possibilité de s'alimenter et de s'hydrater, l'utilisation du bain et le mode d'analgésie ou d'anesthésie utilisé. Pendant l'accouchement, elle a été évaluée à partir des critères suivants : la position de la femme et le maintien ou non de la tête fœtale par la sage-femme au moment de la naissance, la durée des efforts expulsifs (en minutes), l'accouchement dans l'eau, le mode d'accouchement (voie basse spontanée, voie basse instrumentale, ou

césarienne), l'administration préventive d'oxytocine (encore appelée délivrance dirigée), la réalisation d'une épisiotomie, le poids du nouveau-né à la naissance, l'allaitement maternel à la sortie et la durée de séjour du post-partum.

TEG1 La sécurité des soins prodigués en MDN a été évaluée à partir des indicateurs de résultats habituels de morbidité maternelle et néonatale.

Pour la mère, il s'agissait de l'état du périnée (intact, déchirure du premier et du deuxième degré, déchirure du troisième et du quatrième degré, épisiotomie), l'hémorragie du post-partum (HPP) sévère, la transfusion de culots globulaires en cas d'hémorragie, le transfert maternel en unités de soins intensifs ou de réanimation, la mortalité maternelle (décès de la femme pendant l'accouchement ou la première semaine du post-partum), la réhospitalisation de la mère dans les trente jours pour motif lié à l'accouchement ou à ses suites, et l'identification d'un événement indésirable grave à déclaration obligatoire auprès de l'ARS compétente.

Pour l'enfant, ces indicateurs étaient le score d'Apgar (adaptation à la vie extra-utérine) à cinq minutes de vie, la nécessité d'une prise en charge néonatale immédiate par des gestes médicaux (ventilation, intubation ou injection d'adrénaline), le transfert du nouveau-né en maternité ou en néonatalogie pour raison médicale, la mortinatalité (décès du fœtus à partir de vingt-deux semaines de grossesse ou du travail) et la mortalité néonatale précoce (décès du nouveau-né pendant la première semaine de vie), ainsi que la réhospitalisation du nouveau-né dans les trente jours.

TEG1 L'analyse a été conduite de façon descriptive globale modèle analyse réalisée "en intention de traiter". Elle a porté sur l'ensemble des femmes éligibles et accompagnées en MDN pendant le travail.

TEG1 Les résultats ont été rapportés sous forme de pourcentages et de moyennes, plus une description semi-qualitative de certains cas. Parmi les 649 femmes accompagnées en MDN au cours du travail, 506 (78 %) y ont effectivement accouché et 143 (22 %) ont été transférées vers la maternité partenaire. Selon la structure, le nombre d'accouchements en 2018 était compris entre 31 et 112, avec un pourcentage de transferts en maternité partenaire qui variait entre 5,2 et 29 %, soit moins de 0,1 % des naissances vivantes en 2018.

T2 Pertinence et sécurité des soins

TEG1 Plus de 99 % des femmes accompagnées en MDN respectaient les critères d'éligibilité ; elles avaient en général moins de 35 ans et étaient, à 56 %, primipares.

TEG1 Concernant les interventions pendant le travail, les femmes ont été moins de 3 % à avoir une rupture artificielle de la poche des eaux ; plus de 54 % à n'avoir subi qu'un seul, voire aucun, toucher vaginal ; 62 % à pouvoir s'hydrater ; près de 47 % à avoir la possibilité d'utiliser un bain d'eau chaude pour soulager les douleurs. Plus de 90 % d'entre elles ont accouché par voie basse spontanée, 6,5 % par voie basse instrumentale et 3 % par césarienne. Une épisiotomie a été réalisée dans 3,3 % des cas et 31 % des parturientes ont reçu une administration préventive d'oxytocine.

TEG1 La plupart des parturientes (94 %) ont adopté une position autre que dorsale, en premier lieu la position "à quatre pattes" (31 %) et "accroupie/à genoux" (28 %) ; 31 % ont accouché dans l'eau. La poussée a duré en moyenne vingt-deux minutes. L'étude retrouve 77 % de *hands-off* (pas de maintien de la tête fœtale). Enfin, la durée de travail s'est établie en moyenne à trois heures et douze minutes.

TEG1 Parmi les critères de sécurité, pour l'ensemble des femmes ayant été prises en charge en MDN quel que soit le lieu final d'accouchement, l'étude a relevé 1,4 % de HPP sévères, caractérisées par des pertes sanguines supérieures à 1 000 mL, 0,5 % de déchirures périnéales des troisième et quatrième degrés, et 0,4 % de réhospitalisation dans le mois suivant l'accouchement. Les complications néonatales ont été très peu fréquentes : 0,3 % des enfants ont présenté une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine à cinq minutes de vie et 1,7 % ont nécessité des gestes de réanimation à la naissance. Un décès néonatal est survenu (0,2 % ; intervalle de confiance 95 % : 0,0-0,9 %).

TEG1 L'étude a dénombré 6,1 % de transferts postnatals, mères et enfants confondus. Dans 87 % des cas, les transferts maternels au cours du travail concernaient des situations hors contexte

d'urgence, principalement pour direction du travail ou prise en charge de la douleur par moyen médicamenteux (type analgésie péridurale). Dans 13 % des cas, des transferts maternels en urgence ont été décidés, avec pour motif principal la prise en charge pour anomalies du RCF. Pour les enfants, les transferts immédiats ou secondaires ont été majoritairement motivés par la mise en œuvre d'un protocole de surveillance de situations à risque (65 %). Dans 30 % des cas, ils ont eu lieu en urgence et principalement pour détresse respiratoire.

TEG1 Les résultats des enquêtes en population publiées sur les accouchements planifiés en MDN pour des femmes à bas risque en Australie, en Angleterre et, plus largement, dans la méta-analyse de Vanessa Scarf *et al.* (au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, au Danemark et aux États-Unis) nous permettent de situer les résultats des MDN françaises dans un contexte international [19-21]. À l'exception des issues périnéales, la comparaison des indicateurs de pratique et de sécurité indique qu'il n'existe pas de différence significative concernant les issues maternelles et néonatales entre les MDN françaises et celles évaluées dans ces études. Ils semblent même meilleurs en France. La proportion des transferts en per-partum est comparable à celle rapportée par l'étude anglaise, pour les mères comme pour les enfants, mais un peu plus élevée qu'en Australie.

TEG1 La pertinence des soins ainsi que leur efficacité sont donc respectées en MDN, même lors des transferts ; l'issue des accouchements est favorable et les complications peu fréquentes. Mais seule la comparaison avec un groupe de femmes à bas risque ayant accouché en maternité permettrait d'affirmer la sécurité des MDN. Cette étude relève un faible nombre d'épisiotomies et de lésions graves du périnée, ce qui constitue des facteurs importants de satisfaction pour les femmes qu'il serait également important de valider en réalisant une comparaison avec les autres lieux de naissance.

T2 Interprétation

TEG1 L'analyse des critères d'éligibilité indique que les sages-femmes exerçant en MDN ont bien sélectionné des femmes à bas risque de complication obstétricale. Ils doivent toutefois être plus clairement définis au regard des recommandations de la HAS concernant l'orientation des femmes enceintes [22].

TEG1 L'analyse des transferts et de leurs issues suggère qu'ils sont pertinents. Ils respectent les règles d'éligibilité et ont été validés par le service receveur en termes de qualité et d'efficacité. Les transferts concernent 31 % de primipares et 7 % de multipares, une fréquence comparable à celle retrouvée dans les études internationales. La gestion de la douleur par un moyen médicamenteux n'en est pas le motif principal (29 %) [23] appel à vérifier.

TEG1 Très peu d'interventions sont réalisées en MDN, les sages-femmes s'inscrivent véritablement dans une démarche de soins de prévention et évitent les interventions iatrogènes. Il convient, sur ce point, de rappeler que ces femmes sont à bas risque obstétrical et que la probabilité que leur accouchement nécessite une intervention était faible.

TEG1 L'analyse de la sécurité des soins, en comparaison aux autres séries à l'échelle internationale, retrouve des résultats encourageants [24-30].

T2 Forces et limites

TEG1 Ce rapport présente les résultats de la première étude de l'évaluation de la qualité des soins dans les MDN en France. L'exhaustivité des données et les analyses descriptives conduites selon un modèle type "en intention de traiter" représentent l'atout majeur de ce travail. Il en va de même du schéma de l'étude, qui limite les biais de sélection et d'indication, et permet d'étudier les transferts [31,32]. L'étude des issues et les conclusions du rapport sont toutefois limitées par l'absence de comparaison avec un groupe de femmes également à bas risque ayant accouché en milieu hospitalier, ces résultats doivent donc être confirmés.

TEG1 La collaboration avec les usagers et les sages-femmes des MDN a constitué une force pour comprendre, au démarrage du projet, les spécificités de fonctionnement des MDN, d'autant que cette collaboration n'a pas concerné les aspects scientifiques du rapport. Cette vue d'ensemble de la qualité des soins, en abordant la pertinence, l'efficacité et la sécurité en complément des évaluations

plus administratives demandées par l'ARS, devrait permettre à la Direction générale de l'offre de soins, au ministère et aux parlementaires de décider de l'éventuelle pérennisation de ces structures sur la base de données probantes, issues d'un travail scientifique rigoureux.

TEG1 Cette étude a été réalisée à partir de données existantes (base de données Audipog), c'est-à-dire déjà collectées. Les MDN n'étant pas considérées comme des établissements de soins au sens de la loi, leur activité n'est pas enregistrée dans les données médico-administratives (Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]). Or, il serait bien que ces structures puissent être identifiables et y soient intégrées.

TEG1 Le cadre strict de l'expérimentation implique une surveillance rapprochée de l'activité des MDN organisée par les ARS et les réseaux de santé périnatale. Ainsi, leur activité fait l'objet d'évaluations très régulières ; les transferts et leurs motifs sont systématiquement consignés dans les registres des maternités partenaires (registres d'entrées, d'hospitalisations et d'activité enregistrée dans les bases de données hospitalières et dans le PMSI). Ces données sont vérifiables et pourraient constituer une source de validation externe.

T1 Conclusion

L'évaluation des MDN installées dans les pays à haut niveau de ressources a démontré la qualité des soins que les femmes y reçoivent. Selon cette étude, les MDN françaises ont des résultats comparables, en particulier un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions. Le Sénat s'est d'ailleurs prononcé, en février 2020, en faveur de la pérennisation de l'expérimentation des MDN [33].

Toutefois, les indicateurs actuels ne permettent pas l'étude de la satisfaction des femmes et limitent celle de la salutogenèse. Des travaux de recherche ayant pour objet de déterminer de nouveaux critères plus pertinents pour l'évaluation de la salutogenèse et de la sécurité des soins devraient être développés [31,32] en menant une étude épidémiologique prospective comparant l'accouchement des femmes à bas risque en MDN et en maternité. Pour optimiser l'organisation de ces structures, une série de préconisations a été formulée : établir des recommandations pour la pratique clinique sur les critères d'éligibilité et les transferts ; ajuster les dispositions législatives et réglementaires à partir d'un processus méthodologique validé ; stimuler et financer une étude épidémiologique en population de type cohorte pour comparer les femmes à bas risque ayant accouché en MDN *versus* maternité.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Notes

¹ Comme à la maison, Paris ; Manala, Sélestat ; Premières heures au monde, Bourgoin-Jallieu ; Un Nid pour naître, Nancy ; Doumaïa, Castres ; Manao, Saint-Paul (La Réunion) ; La Maison, Grenoble ; Le Temps de naître, Baie-Mahault (Guadeloupe).

² Soins de prévention ayant pour objectif de renforcer la santé et de limiter les interventions et leur iatrogénie associée visant à maintenir les femmes dans le bas risque obstétrical dans ce contexte.

Remerciements

Les auteurs remercient tous ceux qui ont permis ce travail d'élaboration du rapport sur l'expérimentation des MDN en France : les responsables scientifiques, les auteurs, les membres du groupe de recherche, le comité de pilotage, les financeurs et les sages-femmes des MDN ; le Collectif des maisons de naissance et les usagers ; les sociétés savantes, l'Inserm, le Collège des sages-femmes de France et le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes ; Gérard Bréart, Béatrice Blondel et Camille Le Ray ; l'Audipog.

Références

- [1] Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, et al. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Analyse des données de l'année 2018, par le groupe de recherche sur les maisons de naissance. Novembre 2019. www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf.
- [2] Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane). www.ciane.net.
- [3] Euro-Peristat Project, European Surveillance of Congenital Anomalies (SCPE), European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT). European perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2013. www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf.
- [4] Euro-Peristat Project, European Surveillance of Congenital Anomalies (SCPE), European Surveillance of Congenital Anomalies (EUROCAT), European Information System to Monitor Short and Long-Term Morbidity to Improve Quality of Care and Patient Safety for Very-Low-Birth-Weight Infants (EURONEOSTAT). European perinatal health report. 2008. www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf.
- [5] Zhang WH, Alexander S, Bouvier-Colle MH, et al. Incidence of severe pre-eclampsia, postpartum haemorrhage and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in a European population-based study: the MOMS-B survey. *BJOG* 2005;112(1):89-96.
- [6] Bréart G, Puech F, Rozé JC. Mission périnatalité. Effectuée à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale. 2003. www.marce-francophone.fr/images/dossier-ressources/intro/mission%20perinat.pdf.
- [7] Collège national des gynécologues-obstétriciens français. www.cngof.fr.
- [8] Plan "Périnatalité" 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.
- [9] Blondel B, Coulm B, Bonnet C, et al. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French national perinatal surveys. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2017;46(10):701-13.
- [10] Midwifery Unit Network, European Midwives Association. Midwifery unit standards. 2018. www.midwiferyunitnetwork.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1309BRO-MUNEt-Standards-PRINT-opt.pdf.
- [11] Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'évaluation des maisons de naissance. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028279423.
- [12] Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030959185.
- [13] Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031528244.
- [14] Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (États-Unis): Health Administration Press; 1980.
- [15] Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev* 1980;37(7):653-98.
- [16] Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie. www.audipog.net.

- [17] Haute Autorité de santé (HAS). Note de cadrage. Maisons de naissance. Cahier des charges de l'expérimentation. Mars 2014. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/note_de_cadrage_maisons_de_naissance.pdf.
- [18] Haute Autorité de santé (HAS). Cahier des charges de l'expérimentation. Maisons de naissance. Septembre 2014. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf.
- [19] Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011;343:d7400.
- [20] Homer CSE, Cheah SL, Rossiter C, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000-2012: A linked population data study. *BMJ Open* 2019;9(10):e029192.
- [21] Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* 2018;62:240-55.
- [22] Haute Autorité de santé (HAS). Recommandation de bonne pratique. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour mai 2016. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-05/suivi_des_femmes_enceintes_-_argumentaire_maj.pdf.
- [23] Delgado Nunes V, Gholitabar M, Sims JM, et al. Intrapartum care of healthy women and their babies: Summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014;349:g6886.
- [24] Guidelines and Audit Implementation Network. Guideline for admission to midwife-led units in Northern Ireland & Northern Ireland normal labour & birth care pathway. Revised and Updated September 2018. <https://rqia.org.uk/RQIA/files/3a/3a7a37bb-d601-4daf-a902-6b60e5fa58c2.pdf>.
- [25] Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010;116(6):1281-7.
- [26] Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993;36(6):725-33.
- [27] Arrêté du 9 décembre 2016 fixant les modalités d'évaluation et le contenu du rapport d'évaluation annuel des maisons de naissance. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033624981.
- [28] Escuriet R, White J, Beeckman K, et al. Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. *BMC Health Serv Res* 2015;15:491.
- [29] Hermus M, Boesveld I, van der Pal-De-Bruin K, Wiegers T. Development of the optimality index-NL2015, an instrument to measure outcomes of maternity care. *J Midwifery Womens Health* 2017;62(5):580-8.
- [30] Low LK, Miller J. A clinical evaluation of evidence-based maternity care using the optimality index. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(6):786-93.
- [31] Yucel C, Taskin L, Low LK. Validity and reliability of the Turkish version of the optimality index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. *Midwifery* 2015;31(12):1135-42.
- [32] Sheridan M, Sandali J. Measuring the best outcome for the least intervention: Can the optimality index-US be applied in the UK? *Midwifery* 2010;26(6):e9-15.

[33] Sénat. Journal officiel de la République française. Session ordinaire de 2019-2020. Compte rendu intégral. Séance du 18 février 2020.

www.senat.fr/seances/s202002/s20200218/s20200218_mono.html#cribkmk_questionorale_1074_335914.

[Plug1_Foulhy.jpg](#)

© Ian Hooton/SPL/Phanie

Légende : Implantées depuis longtemps dans certains pays, les maisons de naissance ont fait l'objet d'évaluations scientifiques publiées qui ont montré leurs bénéfices : dans ces structures, le recours aux interventions est beaucoup moins fréquent qu'à l'hôpital, avec un même niveau de sécurité qu'en maternité.

