

Analyse épidémiologique des naissances programmées et accompagnées à domicile en France en 2018

Floriane Stauffer-Obrecht
Sage-femme libérale

18 rue Paul-Cyfflé,
54300 Lunéville, France

En septembre 2019, l'Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile a publié, pour la première fois en France, un rapport sur l'activité des sages-femmes accompagnant les naissances à la maison. Des données épidémiologiques issues des 1 046 accouchements suivis par les sages-femmes de l'association en 2018 ont été exploitées. Elles sont uniques dans notre pays, par la taille de l'échantillon et par la précision des indicateurs.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – accouchement à domicile ; étude descriptive rétrospective ; morbidité ; mortalité ; naissance à bas risque

Epidemiological analysis of programmed and assisted home births in France in 2018. In September 2019, the Professional Association for Accompanied Home Childbirth published, for the first time in France, a report on the activity of midwives assisting at home births. Epidemiological data from the 1,046 births attended by the association's midwives in 2018 was used. This data is unique in our country in terms of sample size and precision of the indicators.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – home birth; low-risk birth; morbidity; mortality; retrospective descriptive study

50

L'accouchement programmé et accompagné à domicile (AAD) représente près de 2 000 naissances en moyenne par an en France, soit 0,25 % de la totalité. Hors de nos frontières, de nombreux pays reconnaissent l'AAD comme une option sûre. L'Organisation mondiale de la santé, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique [1] et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) [2] concluent aussi que l'AAD est une pratique sécuritaire. Pourtant, en France, bien que la demande des familles soit en augmentation, des inquiétudes persistent quant au fait que les naissances en dehors de l'hôpital entraînent l'augmentation de la mortalité périnatale et néonatale.

L'Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (Aaad) a souhaité répondre de manière factuelle aux doutes de la communauté médicale française en publiant annuellement un rapport d'activité (encadré 1) [3].

Matériel et méthode

◆ **Un recueil de données rétrospectif** a été déployé au cours du premier trimestre de 2019 auprès de 47 sages-femmes volontaires s'étant engagées à communiquer l'intégralité de leurs dossiers concernant l'année 2018.

◆ **Ce recueil reposait sur un formulaire de données standardisé et anonymisé**, afin d'optimiser l'analyse. Les variables étudiées pour l'année 2018 correspondent aux indicateurs

de santé périnatale, tels qu'ils sont définis par le projet Euro-Peristat¹ [4] et utilisés pour les enquêtes nationales périnatales (ENP).

◆ **La population étudiée répondait aux critères d'inclusion suivants** : toute femme ayant accouché à domicile ($n_1 = 913$) et toute femme ayant commencé le travail à domicile et ayant accouché en structure médicale après transfert en cours de travail ($n_2 = 133$). Les dossiers ont été acceptés quel que soit le niveau de risque obstétrical selon les critères de la Haute Autorité de santé (HAS) [5].

◆ **Pour la majorité des indicateurs per-partum**, les résultats sont rapportés à l'ensemble de la population AAD ($n = 1 046$). Pour les indicateurs post-partum et néonataux, ils le sont aux dossiers

Adresse e-mail :
floriane.stauffer@gmail.com
(F. Stauffer-Obrecht).

Encadré 1. L'Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile

L'Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (Apaad) est une association professionnelle créée en janvier 2019 et dont les objectifs stratégiques sont :

- rassembler les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile (AAD), afin de leur permettre de s'organiser de manière professionnelle et efficiente, en leur offrant un espace de réflexion et d'autodétermination ;
- exiger un environnement favorable (intégration,

assurance, etc.) en France qui permette à davantage de sages-femmes d'offrir l'accompagnement de naissances à domicile et donc d'élargir l'offre périnatale pour les familles françaises ;

- fournir des préconisations nationales pour l'AAD, des ressources et des outils pour la pratique clinique et la formation, la réglementation et les associations, afin de renforcer les compétences spécifiques et le professionnalisme des sages-femmes accompagnant

les naissances à domicile ;

- fournir des conseils de qualité aux parties prenantes, en tant qu'experts sur les sages-femmes à domicile et la pratique sage-femme en général ;
- faire profiter à tous, familles et professionnels, des hautes compétences en termes de physiologie, d'autonomie et de salutogenèse développées à travers l'accompagnement des naissances à domicile ;
- coopérer avec les autres associations professionnelles périnatales et les usagers.

Notes

¹ Le projet Euro-Peristat a pour objectifs de suivre et d'évaluer la santé des mères et des enfants pendant la période périnatale – grossesse, accouchement et post-partum – en Europe, en utilisant des indicateurs valides et fiables. Le projet a commencé en 1999 dans le cadre du *EU's Health Monitoring Programme* et atteint actuellement sa quatrième phase, en recherchant à produire en routine des données sur la santé périnatale en Europe (www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/euro-peristat).

² Lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces dernières relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme (Haute Autorité de santé).

³ Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien (Haute Autorité de santé).

⁴ Méthode particulièrement répandue dans les pays anglo-saxons consistant à ne toucher ni le périnée ni le mobile fœtal durant la phase d'expulsion.

⁵ Méthode qui consiste à respecter le temps de pause sans poussée, entre la naissance de la tête et des épaules du fœtus, afin de le laisser faire lui-même le mouvement de restitution des épaules.

Tableau 1. Indicateurs étudiés

Item	Indicateurs
Profil de la patiente	Âge, parité, niveau de suivi selon les critères de la Haute Autorité de santé [5]
Indicateurs travail et accouchement	Âge gestationnel, présentation fœtale, durée d'ouverture de l'œuf
Indicateurs maternels	Hémorragie du post-partum sévère (> 1 L), état périnéal et taux d'épisiotomies, complications du travail
Indicateurs néonataux	Poids de naissance, Apgar inférieur à 7 à cinq minutes, enfant ayant nécessité une réanimation, transfert de l'enfant, état du nouveau-né, allaitement maternel
Indicateurs transferts	Taux et causes des transferts en per- et post-partum ; taux et causes des hospitalisations maternelles ou pédiatriques dans les huit premiers jours de vie

de femmes ayant effectivement accouché à domicile ($n_1 = 913$). D'une manière générale, la part d'indications manquantes est très faible, voire nulle ; elle est précisée dans les tableaux et graphiques.

♦ **Les résultats obtenus ont été comparés** à deux bases de données de populations hospitalières : • données générales issues de l'ENP 2016 [6], qui permettent de réaliser un comparatif avec la population générale française tous niveaux de risque obstétrical confondus ; • données fournies par l'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog) [7], groupe "contrôle" composé de femmes à bas risque obstétrical ayant accouché à

terme (≥ 37 semaines d'aménorrhée [SA] et < 42 SA) et dont l'accouchement en centre hospitalier de type I était prévu.

L'utilisation du test du Chi² d'indépendance a permis de comparer les populations étudiées (AAD *versus* population à bas risque et AAD *versus* population générale) pour chaque indicateur considéré (tableau 1). Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %.

Résultats

♦ **L'âge moyen de la population AAD** est de 32 ans. Au moment de l'accouchement, la femme la plus jeune avait 19 ans, la plus âgée 47 ans ; un peu plus d'un tiers des parturientes avaient entre 30 et 34 ans, et un tiers plus de 35 ans.

♦ **Pour 34 % des femmes, il s'agissait du premier accouchement** et pour 35 % du deuxième. La population AAD compte 4,3 % de grandes multipares (cinq accouchements ou plus).

♦ **Une majorité (84,6 %) des femmes de la population étudiée était classée suivi A²**, soit à bas risque strict selon la HAS, du point de vue des antécédents comme du déroulement de la grossesse.

Indicateurs per-partum

♦ **La plupart des accouchements (98,4 %) ont eu lieu entre 37 et 41 SA**, dont les deux tiers après la 40^e SA.

♦ **Les fœtus se trouvaient en présentation céphalique physiologique** dans 98,9 % des cas.

Trois enfants qui se présentaient par le siège et un par le front sont nés à domicile. Les quatre bébés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 8 à une minute de vie.

♦ **La durée d'ouverture de l'œuf** était inférieure à douze heures dans 87,6 % des cas. Cent un enfants (11,06 %) sont nés "coiffés", c'est-à-dire dans la poche des eaux.

Indicateurs maternels

♦ **Une hémorragie du post-partum (HPP) sévère (> 1 L)** est survenue lors de cinq accouchements (0,54 %). Aucune n'a nécessité d'intervention chirurgicale pour être réduite, ni entraîné de décès maternel. Les pertes ont été évaluées par pesée ou par sac de recueil dans 83 % de ces situations. Un transfert a dû être organisé dans 1,53 % des cas pour cause d'HPP et dans 1,31 % des cas pour rétention placentaire ou membranaire sans HPP.

♦ **À la suite de l'accouchement, 65,4 % des femmes avaient un périnée intact**, mais 33,7 % présentaient une déchirure du premier ou du second degré et 0,2 %, une déchirure complète. Aucune déchirure complète compliquée n'a toutefois été observée.

♦ **Une épisiotomie n'a été réalisée que dans 0,3 % des cas.**

Indicateurs néonataux

♦ **Le poids de naissance moyen des enfants nés à domicile** était de 3 440 g avec des extrêmes allant de 2 000 à 5 000 g.

♦ **Le score d'Apgar à cinq minutes de vie** était supérieur ou égal à 7 chez 100 % des bébés.

♦ **Une ventilation a été nécessaire dans 1 % des cas (9)**, ce qui correspond au 1 % d'enfants nés avec un Apgar inférieur à 7 à une minute de vie. L'algorithme de réanimation [8] n'a jamais

dépassé le stade de la ventilation pour rétablir un bon état général.

♦ **La plupart des enfants nés à domicile (97,4 %, soit 889) ont été allaités de façon exclusive** à la naissance et dans le post-partum précoce. Moins de 1 % ne recevaient que des préparations pour nourrissons.

Indicateurs transferts

♦ **Un transfert en per-partum a été nécessaire dans 12,7 % des accouchements (133)**, en lien avec une anomalie du travail ou dans le but de bénéficier d'une méthode d'analgésie médicamenteuse (tableau 2). Au-delà

des demandes d'analgésie, 10,2 % des femmes (107) ont été transférées à la suite de l'apparition d'une pathologie ou d'une suspicion de pathologie du travail. Les transferts en urgence se sont avérés rares (1,1 %).

♦ **Dans la population AAD, le transfert en per-partum est fortement corrélé à la parité** (*two-sided* : $p < 2,2e - 16$) avec un taux de 4,9 % chez les multipares contre 25,6 % chez les primipares. En revanche, certains critères ne sont pas statistiquement liés au taux de transferts : l'âge maternel (*two-sided* : $p = 0,09934$), puisque seulement 5 % des femmes de

Tableau 2. Causes des transferts

Motif	Effectif	% du total
Non-progression de la dilatation	67	50,4 %
Non-progression de la présentation	21	15,8 %
Souhait d'analgésie péridurale	16	12 %
Non-réponse	10	7,5 %
Altération du rythme cardiaque fœtal	8	6 %
Liquide amniotique teinté	5	3,8 %
Présentation fœtale dystocique	4	3 %
Saignements per-partum anormaux	1	0,8 %
Hyperthermie maternelle	1	0,8 %
Total	133	100 %

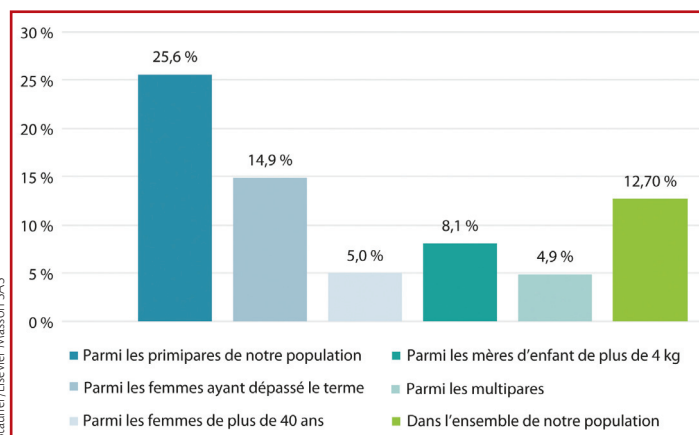


Figure 1. Influence de certains indicateurs sur le taux de transferts en per-partum dans la population ayant bénéficié d'un accouchement programmé et accompagné à domicile.

plus de 40 ans sont concernées ; le dépassement de terme (*two-sided* : $p = 0,3924$) ; le poids de naissance de plus de 4 000 g (*two-sided* : $p = 0,1644$) (figure 1, encadré 2).

L'hospitalisation de 6 femmes (0,6 %) et de 20 nouveau-nés (2,1 %) dans les huit jours suivant la naissance a été nécessaire.

Analyse des données dans le contexte général français

Nous nous concentrerons ici sur les points qui posent aujourd'hui le plus question à la communauté médicale concernant les naissances extrahospitalières : la sélection des patientes, la morbidité maternelle et néonatale grave ainsi que les transferts.

Profil des patientes

♦ La population AAD ne regroupe pas uniquement des femmes à bas risque selon la définition retenue par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français [9]. Cependant, parmi celles qui relevaient d'un suivi B³ selon les critères de la HAS (50 femmes), seules 10 % (5) ont été transférées en per-partum, aucune en post-partum.

♦ Alors que, dans la population hospitalière, le bas risque exclut les femmes de plus de 35 ans, nous observons qu'elles sont plus nombreuses dans la population AAD qu'en population générale, sans que cela soit statistiquement significatif (*greater* : $p = 0,5$). La proportion de primipares dans la population hospitalière générale (*greater* : $p = 1$) ou à bas risque (*greater* : $p = 1$) est significativement supérieure à celle de la population AAD.

Taux d'HPP

Le taux d'HPP sévères de 0,55 % est significativement inférieur à celui des deux populations comparatives

(*two-sided* : ENP $p = 0,007299$; Audipog $p = 1,879e-05$) (figure 2).

État périnéal

♦ La probabilité de subir une épisiotomie est significativement

moins élevée lors d'un AAD que lors d'un accouchement en milieu hospitalier (*versus* ENP : $p < 2,2e-16$; *versus* Audipog : $p < 2,2e-16$) (figure 3).

Encadré 2. Termes statistiques

♦ La valeur (p) est utilisée pour quantifier la significativité statistique d'un résultat dans le cadre d'une hypothèse nulle. L'idée générale est de prouver que l'hypothèse nulle n'est pas vérifiée, car, dans le cas où elle le serait, le résultat observé serait fortement improbable.

♦ Deux types de tests ont été réalisés dans cette étude :

test 1 (*two-sided*) où l'hypothèse nulle est $p_1 = p_2$;

test 2 (*greater*) où l'hypothèse nulle est $p_1 > p_2$.

Comment lire les notes "valeur $p = X,XXX$ " :

- $p < ou = 0,01$: très forte présomption contre l'hypothèse nulle ;
- $0,01 < p < 0,05$: forte présomption contre l'hypothèse nulle ;
- $0,05 < p < 0,1$: faible présomption contre l'hypothèse nulle ;
- $p > 0,1$: pas de présomption contre l'hypothèse nulle.

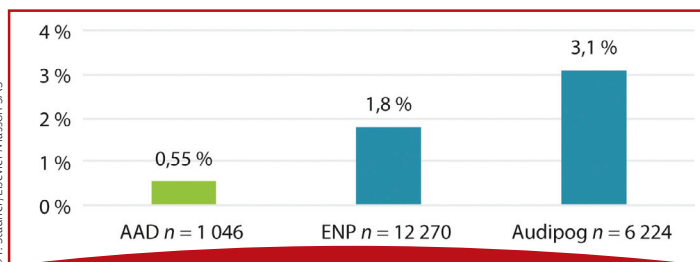


Figure 2. Hémorragie du post-partum sévère dans les trois populations (AAD, ENP et Audipog).

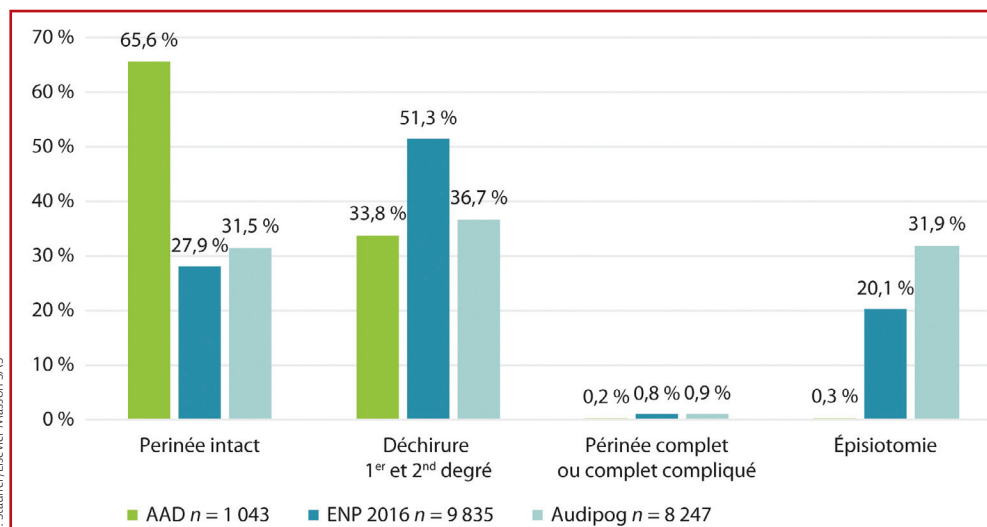


Figure 3. État périnéal dans les trois populations (AAD, ENP et Audipog).

Références

- [1] FIGO Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. Planned home birth. *Int J Gynaecol Obstet* 2013;120(2):204-5.
- [2] International Confederation of Midwives. Home birth. 2017. www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2019/06/eng-home-birth14-converted-new-letterhead.pdf
- [3] Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (Apaad). L'accouchement accompagné à domicile. Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile. État des lieux 2018. Septembre 2019. www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf.
- [4] Euro-Peristat. Indicators of perinatal health. www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html.
- [5] Haute Autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Argumentaire scientifique. Mai 2016. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-05/suivi_des_femmes_enceintes_-_argumentaire_maj.pdf.
- [6] Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017. www.xn--epop-insem-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf.
- [7] Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog). Résultats de naissance à bas risques en maternité de niveau 1 issus de la base de données AUDIPOG sur les années 2000 à 2013. www.audipog.net/Interrogation.

◆ **Les femmes AAD ont également présenté moins de déchirures périnéales** ; de plus, le risque de déchirure complète compliquée est notamment significativement moindre (*two-sided* : ENP p value = 0,1682 ; Audipog p = 0,051). Pourtant, le poids de naissance moyen des enfants nés à domicile est supérieur de 200 g par rapport à la population générale (*figure 3*).

Indicateurs néonataux

◆ **Les enfants nés à domicile ont significativement moins de risque d'avoir besoin d'une réanimation que ceux faisant partie de la population à bas risque hospitalier** (*two-sided* : p = 0,003973) et de la population générale (*two-sided* : p = 8,657e - 1) (*figure 4*).

◆ **Le risque de transfert néonatal est lui aussi moindre comparativement aux deux populations témoins** (*figure 4*).

◆ **Celui de présenter un score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes de vie est significativement moins important qu'en population générale** (*two-sided* : p = 0,001509) (*figure 4*).

Transferts

◆ **Selon la base de données Audipog, 17,8 % de l'ensemble des**

femmes à bas risque ont présenté une pathologie au cours du travail, dont 32,3 % des primipares. Dans la population AAD, hors demande d'analgésie péridurale, le taux de transferts en per-partum en lien avec cette situation est de 10,2 %, 25,6 % pour les primipares. On retrouve donc significativement moins de pathologies du travail dans la population étudiée que dans une autre à bas risque hospitalier, que soit observé l'ensemble des femmes (*two-sided* : p = 6,203e - 06) ou uniquement les primipares (*two-sided* : p = 0,01124).

◆ **En post-partum immédiat, la primiparité n'influence en revanche ni le taux de transferts maternels** (*two-sided* : p = 0,9995), ni celui des enfants (test de Chi² non applicable au regard des effectifs).

Discussion

Les comparatifs présentés ne peuvent servir à généraliser les résultats en l'état. Ils ont été effectués dans l'unique but de contextualiser les données. Ils apportent toutefois des éléments de réflexion plus généraux.

Population AAD versus population générale

◆ **Il est impossible de conclure que seul l'AAD engendre**

une diminution de la morbi-mortalité ; des cofacteurs sont certainement impliqués.

◆ **L'étude AAD n'est pas randomisée** car, pour des raisons éthiques, il est difficile d'envisager une telle méthodologie. Le lien entre l'AAD et les bons résultats est cependant légitime au regard de certains écarts observés. Les comparaisons de cohortes par lieu de naissance sont actuellement nos meilleurs outils, telle celle d'Eileen Hutton publiée dans *The Lancet* en août 2019 [10].

◆ **Il semble important de tenir compte du contexte de suivi et d'accompagnement** dans lequel ces résultats ont été obtenus. Celui-ci est décrit dans le rapport de l'Apaad d'où sont issues les données [3]. Il s'agit de la programmation et de l'accompagnement des naissances par des sages-femmes qualifiées, ayant entrepris de se former à la pratique extrahospitalière et qui proposent également l'accompagnement global des femmes dans une approche salutogénique.

Salutogénie et pratique sage-femme

◆ **Le niveau de risque n'est pas le seul critère expliquant les résultats de cette étude**, puisque la population étudiée n'est pas strictement à bas risque d'après la définition actuelle, contrairement à la population comparative Audipog, alors que les indicateurs diffèrent significativement. Une étude sur les caractéristiques des femmes programmant un AAD serait probablement intéressante pour tenter d'identifier les cofacteurs associés aux bons résultats du rapport de l'Apaad [3].

◆ **La primiparité pose aujourd'hui encore question à certains professionnels qui envisagent**

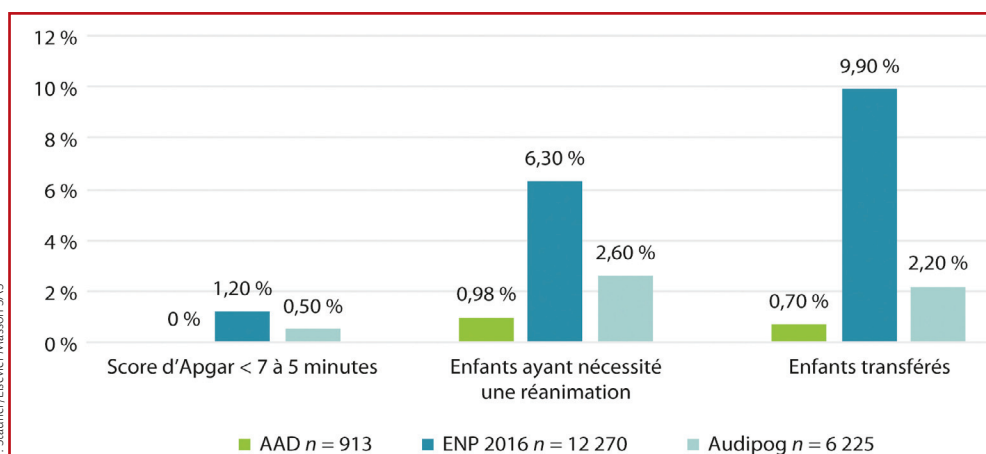


Figure 4. Indicateurs néonataux dans les trois populations (AAD, ENP et Audipog).

que ce soit un facteur excluant le bas risque et, donc, l'accès à l'AAD. Le transfert des primipares durant le travail semble garantir que celles qui sont maintenues à domicile ne présenteront pas une surmorbidity, puisqu'il apparaît que ce facteur n'influence pas les taux de transferts maternels ou infantiles en post-partum. Il semble donc licite de continuer à offrir aux primipares la possibilité de choisir un AAD.

◆ **Malgré l'absence de gestion active systématique de la troisième phase du travail** ($n = 4$), la proportion de délivrance normale et complète atteint 96,6 %. Les données scientifiques rapportent un taux de 5 % à 10 % d'HPP en population générale dans le cadre des protocoles de gestion active de la délivrance [11]. Au regard de ces éléments, qui viennent étayer les données empiriques des sages-femmes effectuant encore la gestion sélective de la délivrance, il apparaît qu'une étude de cette pratique serait opportune, afin de mieux déterminer les facteurs influençant la troisième phase du travail et les critères de décision des sages-femmes.

◆ **Les indicateurs pour lesquels les différences les plus marquantes sont observées concernent le périnée**, à niveau de risque égal. Au-delà de la sélection des patientes, de tels écarts s'expliquent très probablement par les pratiques des sages-femmes accompagnant les AAD. Il semblerait, là aussi, judicieux d'objectiver la corrélation entre ces pratiques et la moindre morbidité en AAD.

◆ **L'approche salutogénique** vise à maintenir la personne en

santé en utilisant toutes ses ressources internes et externes (santé, psychisme, conditions de vie, spiritualité, etc.). Observer et décrire comment elle a été appliquée à l'obstétrique par les sages-femmes pratiquant l'AAD permettraient de soutenir le maintien dans la physiologie des femmes enceintes plutôt que de se contenter de dépister les pathologies. Ce paradigme est novateur dans notre pays et mérite toute l'attention de nos chercheurs et de notre profession. L'accompagnement global, la salutogénèse, la mise en place d'un climat favorisant les processus neurohormonaux sous-jacents à l'accouchement, la gestion sélective de la délivrance, la poussée *hands off*⁶ et la "naissance en deux temps"⁵ sont autant de pratiques qui gagneraient à être étudiées.

◆ **Dans son rapport concernant les naissances en 2019**, qui paraîtra en 2020, l'Apaad a inclus des indicateurs détaillés sur le devenir des mères et des enfants transférés, afin d'affiner son analyse et de minorer les biais. Dans le même but, elle a également ajouté des indicateurs permettant de décrire les pratiques des sages-femmes.

Transferts et risque néonatal

◆ **Les enfants nés à domicile sont significativement moins à risque d'intervention et de mauvaise adaptation**, ce qui peut s'expliquer par la sélection des femmes (à bas risque) et surtout par l'organisation systématique d'un transfert en per-partum, lorsque le travail n'est pas strictement physiologique. Les transferts

en urgence sont ainsi extrêmement rares.

◆ **Il peut donc être avancé que les sages-femmes AAD** surveilleraient rigoureusement les grossesses et les accouchements, et qu'elles orienteraient sans retard vers les maternités quand des facteurs de risque ou des pathologies apparaissent, même si ces événements ne correspondent pas totalement aux critères HAS.

◆ **Même rares, ces cas de transferts** rappellent la nécessité, pour notre pays, d'intégrer l'AAD à l'offre de soins et de mettre en place des procédures harmonisées sur le territoire.

Conclusion

En France, la sécurité de l'AAD semble garantie, à l'instar des pays où il est plus répandu. Les comparatifs effectués entre les différents types de population peuvent interroger en raison des divers biais envisageables et du non-appariement des populations. Il n'en reste pas moins que les données épidémiologiques de l'AAD en 2018 sont tout à fait en accord avec les standards européens actuels.

Étudier les AAD relève finalement de deux enjeux. Évidemment, le premier est d'en vérifier la sécurité et d'en suivre l'évolution épidémiologique dans le temps, comme pour tous les autres lieux de naissance. Le second serait de pouvoir décrire les pratiques qui conduisent à ces bons résultats dans un objectif de transmission de la pratique sage-femme telle que définit par l'ICM [12] et de développement d'un leadership sage-femme au service de toute la population. ●

Références

- [8] European Resuscitation Council (ERC). ERC Guidelines for resuscitation 2015. Resuscitation 2015;96(S1):1-158. <https://cprguidelines.eu>.
- [9] Auclair C, Gerbaud L, Vendittelli F. Indicateurs qualité en maternité. Paris: CNGOF; 2016. www.cngof.net/Publications-CNGOF/Pratique-clinique/DIRECTIVES%20QUALITE/Directive-Qualite-Indicateurs-en-Maternite-TL.pdf.
- [10] Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. EclinicalMedicine 2019;14:59-70.
- [11] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique. Les hémorragies du post-partum. 2014. www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf.
- [12] International Confederation of Midwives. Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme. 2014. www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2019/07/cd2005_001-v2014-fre_philosophy-and-model-of-midwifery-care-tracked-changes-new-format.pdf.