



Maisons de Naissance: Retours d'expériences

de la théorie à la pratique...



Sommaire

I. Les maisons de naissances, c'est quoi?

II. Contexte de l'expérimentation des MDN

III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien

IV. Points forts et difficultés

I. Les Maisons de Naissances c'est quoi



A. Définitions:

“Les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes réalisent l’accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse, dans les conditions prévues aux articles L.4151-1 et L.4151-3 du code de la santé publique”

- Structure où l’on pratique l’Accompagnement Global à la Naissance (AGN)

Source: “Cahier des charges de l’expérimentation des maisons de naissance”, sept 2014, HAS

I. Les Maisons de Naissances c'est quoi ?

B. Le concept d'AGN un modèle de soins continus en périnatalité:

- suivi des grossesses à bas risques
- un référent unique: coordination des soins +/- pluripro
- promotion de l' *empowerment* maternelle
- création d'une relation de confiance avec les couples



Source: Sandall J et coll. "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women" (Cochrane Review)(dernière révision : 2016) et www.ansfl.org

II. Contexte de l'expérimentation des MDN

A. Historique:

- Depuis les années 90...

premiers débats publics, plan périnatalité 2005-2007

premières propositions de loi en 2011 (lobbying collectif MDN, CIANE)

- A l'ouverture des premières MDN en 2016...

proposition de Mme Dini en 2013 validée par le Sénat et l'Assemblée Nationale



II. Contexte de l'expérimentation des MDN

B. Cadre expérimental:

Loi du 6 décembre 2013, décret et arrêté

Cahier des charges de la HAS de septembre 2014

Recommandations « Suivi et orientation des femmes enceintes », HAS, mai 2016

Convention avec l'établissement partenaire en cas de transfert



II. Contexte de l'expérimentation des MDN

C. Les huit projets expérimentaux:



Maison de Naissance
à Nancy





III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien



*Maison de Naissance
à Nancy*

- Projet porté par des parents depuis 10 ans
- Juin 2013: appel aux sages-femmes libérales de Meurthe-et-Moselle / MRUN (Pr. O. Morel):
 - Présentation aux différentes équipes
 - GT
 - Lobbying: ARS, Grand Public, Conseil général
- Partenariat sages-femmes libérales / Maternité /CHRU
- Création de l'association Un Nid Pour Naître

III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien



III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien

A. Les locaux

B. Notre équipe :

Une équipe en mouvement... qui se stabilise aujourd'hui!

- 6 sages-femmes de soutien
- 2 sages-femmes d'accompagnement global (bientôt un trinôme)
- 2 salariés: une gestionnaire administrative, une personne chargée de projet en santé publique



III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien

C. Quelques chiffres autour de la MDN depuis l'ouverture:

107 naissances ont eu lieu

66% des couples inscrits en MDN = parcours physiologique (aucune hospitalisations de la naissance jusqu'au un mois de vie de l'enfant)

90% de délivrance naturelle avec une surveillance holistique

Temps de séjour moyen en MDN : 13h30

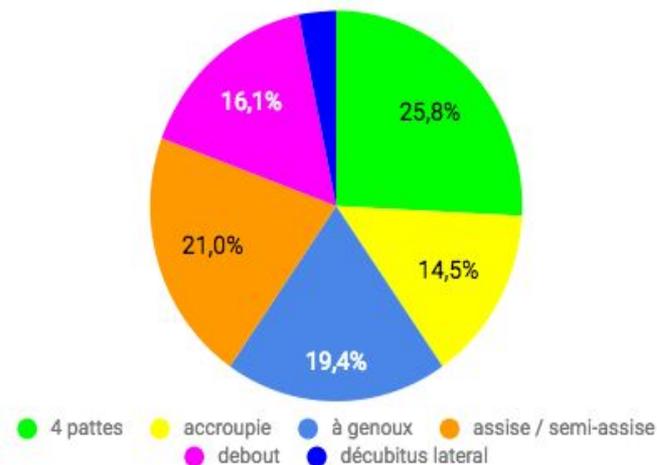
Temps de séjour *post partum* moyen : 9h30

Source: Rapport d'activité de la maison de naissance UNPN 2017



III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien

Indicateurs	MDN Un Nid Pour Naître	Enquête nationale périnatale
Position d'expulsion en Décubitus Dorsale	0%	95%
Position d'expulsion autre	100%	4,50%
Épisiotomie	0	45%
Méthode non médicamenteuse pour la gestion de la douleur pendant le travail	100%	35%
Allaitement maternel à la naissance (J0)	97%	60-65%



Comparaison de certains indicateurs périnataux entre la MDN et l'enquête nationale périnatale de 2016

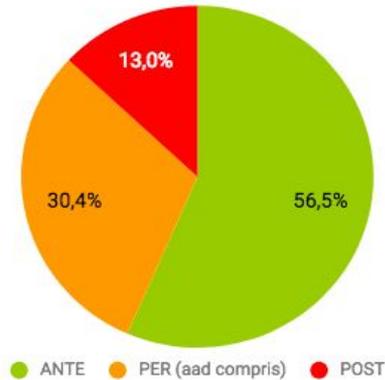
Les positions d'expulsion en MDN

Source: Enquête nationale périnatale 2016 et Rapport d'activité de la MDN UNPN 2017

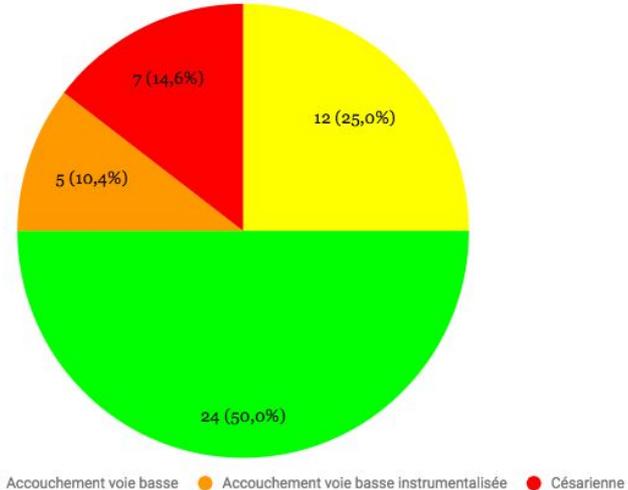
III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien

D. Les transferts:

34% de transferts



Taux de transferts ante-, per- et postpartum.



Issue des naissances post transfert depuis l'ouverture de la MDN
(du 1er mai 2016 au 31 décembre 2017)

III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien

Causes de transferts dans le PPI	Effectif
Hémorragie du PPI	2
Thrombus périnéale	1
Détresse respiratoire sévère	1
Liquide Amniotique Méconiale	1
NP	1

	APD/ autre(s) type(s) d'anesthésie (s)	Pas d'analgésie
Transfert perpartum	9	8
Transfert PPI	2	4
Effectifs totaux	11	12



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum

Epidemiology of post-partum haemorrhage

C. Deneux-Tharoux^{a,b,*}, M.-P. Bonnet^{a,b,c}, J. Tort^d

^a Inserm U1153, équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (EPOpé), centre d'épidémiologie et biostatistiques Sorbonne Paris Cité, 53, avenue de l'Observatoire, 75014 Paris, France

^b DHU « Risques et grossesse », université Paris-Descartes, 53, avenue de l'Observatoire, 75014 Paris, France

^c Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Cochin, université Paris-Descartes, AP-HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris, France

^d IRD UMR 216, mère et enfant face aux infections tropicales, faculté de pharmacie, université Paris-Descartes, 4, avenue de l'Observatoire, 75006 Paris, France



Incidence HPP modérée : 10%
Incidence HPP sévère : 2 %



www.shutterstock.com - 372045205

Incidence HPP modérée UNPN: 1%
Incidence HPP sévère UNPN : 1%

MOTS CLÉS

Hémorragie du post-partum ;
Incidence ;
Facteurs de risque ;
Morbidité maternelle ;
Mortalité maternelle

Résumé

Objectif. – Faire la synthèse des connaissances concernant l'incidence, les causes et les facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum (HPP) et la morbi-mortalité maternelle associée. **Méthodes.** – Consultation de la base de données Medline et des rapports nationaux sur la mortalité maternelle.

Résultats. – L'HPP est définie comme une perte sanguine ≥ 500 mL après l'accouchement, et l'HPP sévère comme une perte sanguine ≥ 1000 mL, quelle que soit la voie d'accouchement (accord professionnel). Dans les études en population, l'incidence de l'HPP est autour de 5% des accouchements lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise, et autour de 10 % lorsque les pertes sanguines sont mesurées précisément. L'incidence de l'HPP sévère est autour de 2%. L'atonie utérine est la principale cause d'HPP. La mortalité maternelle par hémorragie obstétricale a diminué en France (actuellement 1,6 décès/100000 naissances vivantes), mais elle demeure la première cause de décès maternel (16%), et la plus évitable (80%). Dans l'ensemble des pays développés, l'HPP est la principale cause de morbidité maternelle sévère aiguë, et d'admission en réanimation chez la femme en état gravido-puerpéral. Outre les conséquences directes de l'hypovolémie aiguë, elle expose la femme aux complications de la transfusion, de la réanimation, et à l'infertilité en cas d'hystérectomie. Les principaux facteurs de risque d'HPP sont des facteurs d'atonie utérine, mais ils sont globalement peu prédictifs.



Maison de Naissance
à Nancy



Table 4: Meta-analysis of Maternal Outcomes

Maternal outcomes – planned homebirth vs hospital	Figure	No. of studies	Planned home birth n/N	Planned hospital birth n/N	Estimated odds ratio	95% confidence interval	Sensitivity analysis – High quality studies only		
							No. of studies	Estimated odds ratio	95% confidence interval
Normal vaginal birth	S7	9 ^a	41473/45777	163523/300507	2.93	2.13 – 4.03	6	3.25	1.97 – 5.38
Caesarean section	S9	9 ^b	1006/46935	31209/322166	0.85	0.27 – 0.46	6	0.36	0.24 – 0.53
Instrumental birth	S11	9 ^c	2682/46935	46157/322166	0.37	0.24 – 0.58	6	0.33	0.21 – 0.51
Intact perineum	S13	2 ^d	1632/3720	5284/12079	1.15	1.06 – 1.25	2	1.15	1.06 – 1.25
Severe perineal trauma	S15	9 ^e	920/44625	9333/290389	0.57	0.40 – 0.81	6	0.49	0.30 – 0.81
PPH ≥1000mL	S17	6 ^f	2853/102663	5231/336330	0.73	0.55 – 0.96	5	0.68	0.52 – 0.89
Maternal outcomes – planned birth in birth centre vs hospital	Figure	No. of studies	Planned BC birth n/N	Planned hospital birth n/N	Estimated odds ratio	95% confidence interval	No. of studies	Estimated odds ratio	95% confidence interval
Normal vaginal birth	S8	11 ^g	53108/63443	322132/521925	1.92	1.59 – 2.32	7	2.05	1.60 – 2.63
Caesarean section	S10	15 ^h	4061/81697	136964/782157	0.48	0.39 – 0.60	9	0.54	0.42 – 0.70
Instrumental birth	S12	14 ⁱ	5731/72921	97916/780066	0.61	0.52 – 0.71	8	0.58	0.46 – 0.72
Intact perineum	S14	6 ^j	2517/6912	7014/19361	1.20	0.98 – 1.47	3	1.04	0.82 – 1.30
PPH ≥1000mL	S18	5 ^k	77/6378	238/17309	0.87	0.67 – 1.14	4	0.83	0.63 – 1.09

Included studies:

- Birthplace in England Collaborative Group 2011; Blix et al. 2012; Bolten et al. 2016; Davis et al. 2011; Halfdansdottir et al. 2015; Hiraizumi & Suzuki 2013; Homer et al. 2014; Miller & Skinner 2012; Wiegerinck et al. 2016
- Birthplace in England Collaborative Group 2011; Blix et al. 2012; Bolten et al. 2016; Davis et al. 2011; Halfdansdottir et al. 2015; Hiraizumi & Suzuki 2013; Homer et al. 2014; Miller & Skinner 2012; Wiegerinck et al. 2016
- Birthplace in England Collaborative Group 2011; Blix et al. 2012; Bolten et al. 2016; Davis et al. 2011; Halfdansdottir et al. 2015; Hiraizumi & Suzuki 2013; Homer et al. 2014; Miller & Skinner 2012; Wiegerinck et al. 2016

Please cite this article as: Vanessa Scarf, Chris Rossiter, Saraswathi Vedam, Hannah G Dahlen, David Ellwood, Della Forster, Maralyn J Foureur, Helen McLachlan, Jeremy Oats, David Sibbritt, Charlene Thornton, Caroline S E Homer, 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), doi: [10.1016/j.midw.2018.03.024](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.024)

III. Un Nid Pour Naître, le projet nancéien

E. Les relations avec notre établissement partenaire:

**Un projet bâti en concertation et dans un même élan
dès le début du projet**



Une relation qui a nécessité quelques adaptations :

- Changement d'interlocuteur
- Système de « coordination tournante »
- Groupes de travail (protocoles...)
- Document pédagogique sur le transfert co-construit
- Invitation aux CA
- Des pistes pour aller plus loin... (commission sages-femmes, moments de convivialité)



EI	EIG
Retard de transfert néonatale	Hellp Syndrome sur une patientes suivie en MDN (transfert depuis le domicile de la patiente)
Identitovigilance	Transfert néonatale pour PAG et détresse respiratoire sévère
RPM > 24 heures sans antibiothérapie débutée	Transfert pour suspicion de pré-éclampsie d'une patientes suivie en MDN à 35 SA+6 jours
Informations délivrées aux patientes lors de la consultation d'anesthésie	

RECENSEMENT DES EI ET EIG

IV. Points forts et difficultés



A. Points positifs:

- Parcours de soins physiologique possible pour de nombreux couples
- Bons résultats pour plusieurs indicateurs périnataux: épisio, taux d'allaitement maternel
- Grande satisfaction des usagers
- Une remise en question régulière de nos pratiques grâce aux nombreux échanges pluriprofessionnels

IV. Points forts et difficultés



B. Difficultés:

- Rémunérations/cotations inadaptés/inexistantes

D'où: difficultés de recrutement, surcharge de travail pour les SF dans chaque MDN

- Temps de coordination intra et extra structure
- Recueil de données communs inexistantes
- Difficultés relationnels entre les équipes de l'EP et de la MDN

IV. Points forts et difficultés



C. Axes d'améliorations

Budgétiser le temps de coordination nécessaire pour faire perdurer l'expérimentation

Revaloriser les cotations liées à l'accouchement et/ou à la surveillance du travail

Création de **nouvelles cotations** pour la seconde SF

Mise en place des **dossiers audipog** pour les naissances de 2018

Travail sur **la communication** entre la MDN et son EP: meilleure connaissance des pratiques respectives, formations en communs, rédactions de procédures communes ...



Merci pour votre attention