



Vlaamse
Beroepsorganisatie
van Vroedvrouwen

RAPPORT ANNUEL DES SOINS PAR SAGE-FEMME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT : RÉSULTATS 2021

Rédaction:

Lieselotte Vandeputte

Elke Van Den Bergh

Ines Rothmann

dr. Katharina Pink

dr. Inge Tency

Marlene Reyns

Florence D'haenens

Joke Muyldermans

INHOUDSOPGAVE

Atrices	3
Tableaux	4
Préambule	5
Hoogtepunten	7
Highlights	10
Points Forts	12
Introduction	15
Cadre méthodologique	18
<i>Définitions</i>	18
<i>Population</i>	20
<i>Collecte des données</i>	22
L'année 2021 en chiffres : aperçu de tous les accouchements démarrés en première ligne (n= 1 587)	24
<i>Données générales</i>	24
Accouchements autonomes par sage-femme (n=1 311)	28
<i>Accouchements extrahospitaliers par sage-femme: maison de naissance et accouchements à domicile (n=851)</i>	29
<i>Données néonatales dans les accouchements par sage-femme: extrahospitalier (n=851)</i>	33
<i>Accouchements autonomes par sage-femme en intrahospitalier : hôpital et unité sage-femme intrahospitalière (n=460)</i>	34
<i>Données néonatales pour les accouchements par sage-femme intrahospitaliers (n=460)</i>	38
Accouchements transférés en intrapartum (n=276)	39
<i>Données néonatales pour les transferts intrapartum : (n=276)</i>	45
Discussion	46
Conclusion	55
Références	56
Annexes	62

AUTRICES

- Lieselotte Vandeputte, collaboratrice scientifique de la Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen (VBOV) et membre du groupe de travail Recherche scientifique de la VBOV vzw.
- Elke Van Den Bergh, fondatrice du cabinet de sages-femmes 'Zwanger in Brussel', membre du groupe de travail Soins sage-femme de la VBOV vzw
- Ines Rothmann, collaboratrice scientifique de la Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen (VBOV) et membre du groupe de travail Recherche scientifique de la VBOV vzw.
- Dr Katharina Pink, Department of Evolutionary Antropology at the University of Vienna, membre du groupe de travail Recherche scientifique de la VBOV vzw.
- Dr Inge Tency, enseignante-chercheuse à l'Odisee Hogeschool, Département Sage-femme, Campus Sint-Niklaas et membre du groupe de travail Recherche scientifique de la VBOV vzw.
- Florence D'haenens, et membre du groupe de travail Recherche scientifique de la VBOV vzw; enseignante-chercheuse au sein du département Sage-femme et Research group Brussels Expertise Centre for Healthcare Innovation (Erasmushogeschool Brussel).
- Joke Muyldermans, rédactrice en chef de la revue 'Tijdschrift voor Vroedvrouwen' de la VBOV vzw, reliée à la VUB et la Erasmushogeschool, sage-femme chez InTeam, care4education, membre des groupes de travail Alimentation bébé, Conseil rédactionnel et Profil.
- Marlene Reyns, présidente de la Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen vzw

TABLEAUX

Tableau 1 Principales caractéristiques maternelles du rapport soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2021 (n=1.587) – Total des naissances commencées en première ligne

Tableau 2 Principales caractéristiques des accouchements autonomes par sage-femme en extrahospitalier dans le rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2020 (n=851)

Tableau 3 Principales caractéristiques néonatales des accouchements autonomes par sage-femme en extrahospitalier dans le rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2021 (n=851)

Tableau 4 Principales caractéristiques des accouchements autonomes par sage-femme en intrahospitalier dans le rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2021 (n=460)

Tableau 5 Principales caractéristiques néonatales des accouchements autonomes par sage-femme en intrahospitalier dans le rapport annuel des soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement 2021 (n=460)

Tableau 6 Répartition géographique des cabinets de sages-femmes

Tableau 7 Variables enregistrées

Tableau 8 Données générales: facteurs socio-démographiques

Tableau 9 Données générales : parité - lieu d'accouchement

Tableau 10 Comparaison parité-lieu d'accouchement/responsable

Tableau 11 Données générales : variables obstétricales

Tableau 12 Caractéristiques générales des accouchements supervisés par sage-femme

Tableau 13 Accouchements extrahospitaliers par sage-femme : gravidité

Tableau 14 Accouchements extrahospitaliers par sage-femme : intrapartum

Tableau 15 Accouchements extrahospitaliers par sage-femme : périnée

Tableau 16 Accouchements extrahospitaliers par sage-femme : postnatal

Tableau 17 Caractéristiques néonatales des accouchements extrahospitalier par sage-femme

Tableau 18 Accouchements par sage-femme intrahospitaliers: gravidité

Tableau 19 Accouchements par sage-femme intrahospitaliers: intrapartum

Tableau 20 Accouchements par sage-femme intrahospitaliers: périnée

Tableau 21 Accouchements par sage-femme intrahospitaliers: postnatal

Tableau 22 Caractéristiques néonatales accouchements par sage-femme en intrahospitalier

Tableau 23 Caractéristiques générales des transferts intrapartum

Tableau 24 Motifs de transfert intrapartum

Tableau 25 Transferts intrapartum

Tableau 26 Transferts intrapartum: phase d'expulsion

Tableau 27 Transferts intrapartum : postnatal

Tableau 28 Caractéristiques néonatales des transferts intrapartum

Tableau 29 Flux de soins aux Pays-Bas en 2021: nullipares

Tableau 30 Flux de soins aux Pays-Bas en 2021: multipares

PRÉAMBULE

Ce deuxième rapport officiel sur les accouchements assistés de manière autonome par des sages-femmes en Belgique est devenu une réalité.

Ce rapport présente de façon chiffrée les soins prodigués par les sages-femmes en Belgique. Notre travail ne se limite en effet pas à l'accompagnement des accouchements à domicile. Les sages-femmes assistent également de manière autonome des accouchements en maison de naissance et à l'hôpital. Tous les accouchements ont été enregistrés de manière à offrir un reflet complet des soins par sage-femme.

Cependant, si nous sommes fières de présenter notre travail en chiffres, nous sommes également inquiètes de la fermeture d'un plateau technique hospitalier ayant une longue tradition d'accouchements par sage-femme. Le plateau technique hospitalier apporte en effet une valeur ajoutée à chaque région et renforce la liberté de choix des femmes enceintes. Cette fermeture aux sages-femmes indépendantes nous attriste profondément.

Cette année encore, nous avons pu convaincre nos collègues de prendre le temps d'enregistrer de nouvelles données supplémentaires. De la sorte, le rapport met véritablement l'accent sur des éléments pertinents concernant les sages-femmes, révélant ainsi l'importance de la liberté de mouvement, des soins personnalisés et de la liberté de choix. Le présent rapport annuel confirme notre expérience et l'étaye par des chiffres clairs : la sage-femme est la spécialiste de l'accouchement physiologique !

Ce faisant, nous souhaitons également mettre en lumière le revers de la médaille : notre travail en tant que sages-femmes indépendantes est intensif et chronophage. Le financement de ces soins doit être amélioré de toute urgence afin que ces nombreuses responsabilités soient correctement rémunérées.

Nous sommes également préoccupés par le nombre croissant d'inductions et de césariennes. Ces interventions privent les femmes non seulement d'une mise en travail spontanée de l'accouchement, mais aussi des soins prodigués par une sage-femme. Le champ d'activité de la sage-femme indépendante s'en trouve par conséquent de plus en plus restreint.

Ce rapport revêt dès lors une importance capitale. En effet, conformément à de nombreuses études internationales renommées sur les soins par sage-femme, il contribue à démontrer la grande valeur de ce modèle de soins.

Nous plaidons dès lors pour un avenir où les femmes pourront choisir pleinement et sans entrave leur prestataire de soins de santé et leur lieu d'accouchement. Des soins sur mesure pour la femme enceinte et sa famille devraient être une évidence. Travaillons dès lors à centrer ensemble nos soins sur la femme !

C'est aussi avec force que nous encourageons l'ouverture de davantage de plateaux techniques hospitaliers, axée sur une collaboration constructive entre tous les prestataires de soins de santé impliqués dans la prise en charge de l'accouchement. Les échanges entre la première et la deuxième ligne sont bénéfiques en termes de qualité des soins pour la mère et l'enfant tout en permettant de diminuer la médicalisation des accouchements. Nous osons donc rêver que des soins moins médicalisés deviennent la nouvelle norme, où les femmes et les sages-femmes peuvent faire des choix libres qui sont également respectés.

Nous tenons à remercier toutes nos collègues, l'organisation professionnelle VBOV et Lieselotte. Leur soutien dans le traitement professionnel de toutes les données a été très important pour nous.

Werkgroep Vroed*vrouw*geleide geboortezorg (Groupe de travail “Soins périnataux par sage-femme”)

HOOGTEPUNTEN

Het jaarrapport vroedvrouwgeleide zorg tijdens arbeid en bevalling stelt de vroedvrouwgeleide zorg voor anno 2021 van 31 vroedvrouwen praktijken met 108 zelfstandige vroedvrouwen voornamelijk tewerkgesteld in Vlaanderen en Brussel. Er werden 1.587 arbeiden geregistreerd, gestart in de eerste lijn en ook initieel gepland om in de eerste lijn te bevallen onder supervisie van de vroedvrouw. Het aandeel vroedvrouwgeleide geboorten in Vlaanderen en Brussel (1.450) berekend op het totale aantal geboorten in Brussel en Vlaanderen in 2021 (n=86.914), bedraagt 1,67%.

Van deze 1.587 registraties werden 1.311 bevallingen autonoom door de vroedvrouw verricht; 695 bevallingen vonden thuis plaats, 155 bevallingen vonden plaats in een geboortehuis, 278 werden begeleid in een ziekenhuis door een eerstelijnsvroedvrouw en 182 bevallingen vonden plaats binnen een vroedvrouwgeleide eenheid in een ziekenhuis. Tot slot werden 276 vrouwen intrapartaal doorverwezen naar het ziekenhuis omwille van nood aan pijnstilling of andere medische redenen, waarna de bevalling onder supervisie van de gynaecoloog plaatsvond.

Onderstaande tabel 1 geeft de belangrijkste maternale karakteristieken weer van alle arbeiden die werden gestart in de eerste lijn onder supervisie van de vroedvrouw.

TABEL 1 BELANGRIJKE MATERNALE KARAKTERISTIEKEN UIT HET JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS ARBEID EN BEVALLING 2021 (N=1.587) – TOTAAL ARBEIDEN GESTART IN EERSTE LIJN

Maternale karakteristieken	Aantal	Percentage s
Primipara bevallingen	557	35%
Multipara bevallingen	1.030	65%
Doorverwijzing naar het ziekenhuis intrapartum	276	17%
Geassisteerde bevalling op totale aantal doorverwijzingen ziekenhuis¹	73	26%
Sectio op totale aantal doorverwijzingen ziekenhuis	38	14%

Tabel 2 geeft de belangrijkste maternale karakteristieken weer van alle vroedvrouwgeleide bevallingen uit dit jaarrapport 2021 die plaatsvonden buiten het ziekenhuis. Dit zijn alle bevallingen die werden begeleid door een eerstelijnsvroedvrouw in een geboortehuis, thuis of onderweg.

TABEL 2 DE BELANGRIJKSTE KARAKTERISTIEKEN VAN DE AUTONOOM DOOR VROEDVROUWGELEIDE BEVALLINGEN EXTRAMURAAL UIT HET JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS ARBEID EN BEVALLING 2021 (N=851)

Maternale karakteristieken	Aantal	Percentage s
Thuisbevallingen	695	82%
Bevallingen in geboortehuis	155	18%
Meest gebruikte bewaking foetale harttonen: intermitterende auscultatie met doptone	742	87%
Meest gekozen bevallingshouding: op handen en knieën	364	43%
Badbevalling	367	43%
Geen perineumtrauma (geen episiotomie of ruptuur)	346	41%

¹ Ventouse of forceps

Episiotomie	12	1%
3^e of 4^e graad perineumruptuur	9	1,1%
Geen maternale complicaties postpartum	827	97%
Doorverwijzing naar het ziekenhuis postpartum	24	3%

Tabel 3 geeft een overzicht van de neonatale karakteristieken van de vroedvrouwgeleide bevallingen uit dit jaarrapport 2021 die buiten het ziekenhuis plaatsvonden.

TABEL 3 NEONATALE KARAKTERISTIEKEN VAN DE AUTONOOM DOOR VROEDVROUWGELEIDE BEVALLINGEN EXTRAMURAAL UIT HET JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS ARBEID EN BEVALLING 2021 (N=851)

Neonatale karakteristieken	Aantal	Percentages
Apgar-score na 1 min ≥ 7	805	94,6%
Apgar-score na 5 min ≥ 7	837	98,4%
Nood aan reanimatie	35	4%

Tabel 4 geeft de belangrijkste maternale karakteristieken weer van alle vroedvrouwgeleide bevallingen uit dit jaarrapport 2021 die plaatsvonden binnen het ziekenhuis. Dit zijn alle bevallingen die werden begeleid door een eerstelijns vroedvrouw in een (open) ziekenhuis² (n=278) of binnen een vroedvrouwgeleide eenheid (n=182).

TABEL 4 DE BELANGRIJKSTE KARAKTERISTIEKEN VAN DE AUTONOOM DOOR VROEDVROUWGELEIDE BEVALLINGEN INTRAMURAAL UIT HET JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS ARBEID EN BEVALLING 2021 (N=460)

Maternale karakteristieken	Aantal	Percentages
Vroedvrouwgeleide bevalling in ziekenhuis door eerstelijns vroedvrouw	278	60%
Bevallingen in vroedvrouwgeleide eenheid	182	40%
Onderweg	1	0,2%
Meest gebruikte bewaking foetale harttonen: intermitterend CTG	267	58%
Meest gekozen bevallingshouding: op handen en knieën	164	36%
Badbevalling	187	41%
Geen perineumtrauma (geen episiotomie of ruptuur)	140	30%
Episiotomie	5	1%
3^e of 4^e graad perineumruptuur	10	2,2%
Geen maternale complicaties postpartum	431	94%
Doorverwijzing naar het ziekenhuis postpartum	29	6%

Tabel 5 geeft de belangrijkste neonatale karakteristieken weer van alle vroedvrouwgeleide bevallingen uit dit jaarrapport die plaatsvonden binnen het ziekenhuis. Dit zijn alle bevallingen die werden begeleid door een eerstelijns vroedvrouw in een ziekenhuis (n=278) of binnen een vroedvrouwgeleide eenheid (n=182).

² Een open ziekenhuis in deze context verwijst naar een ziekenhuis dat zijn verloskamer openstelt voor de eerstelijns vroedvrouw.

TABEL 5 NEONATALE KARAKTERISTIEKEN VAN DE AUTONOM DOOR VROEDVROUWGELEIDE BEVALLINGEN
INTRAMURAAL UIT HET JAARRAPPORT VROEDVROUWGELEIDE ZORG TIJDENS ARBEID EN BEVALLING 2021 (N=460)

Neonatale karakteristieken	Aantal	percentages
Apgar-score na 1 min ≥ 7	442	96%
Apgar-score na 5 min ≥ 7	458	99,6%
Nood aan reanimatie	13	3%

HIGHLIGHTS

The annual report on midwifery-led care in labor and childbirth gives an overview on midwifery-led care of 31 midwifery practices with 108 independent midwives primarily employed in Flanders and Brussels. In total 1,587 labors started in first line and were also initially planned to give birth in first line under the supervision of the midwife. The number of midwife-led births in Flanders and Brussels (n=1,450), calculated on the total number of births in Brussels and Flanders in 2021 (n=86,914), is 1.67%.³

Of these 1,587 registrations, 1,311 deliveries were performed autonomously by the midwife; 695 deliveries took place at home, 115 deliveries took place in a birthing home, 278 deliveries were assisted in a hospital and 182 took place in midwifery led unit in a hospital. Finally, 276 women were referred intrapartum to the hospital for medical reasons after which delivery took place under the supervision of the gynecologist.

Table 1 gives an overview of the main maternal characteristics from the annual report. This includes all the labors that started under the supervision of a firstline midwife.

TABLE 1: MAIN MATERNAL CHARACTERISTICS FROM THE ANNUAL REPORT MIDWIFE-LED CARE DURING LABOR AND DELIVERY 2021 (n=1,587)- TOTAL LABOR STARTED IN FIRST LINE

Maternal Characteristics	Number	Percentage
Primipara births	557	35%
Multipara births	1.030	65%
Transfer to hospital intrapartum	276	17%
Assisted births on total number of hospital transfers	73	26%
Caesarean section after transfer to hospital	38	14%

Table 2 gives an overview of the maternal characteristics of the autonomous midwife led births in extramural settings, at home, on the go or in a birth house.

TABLE 2: MAIN CHARACTERISTICS OF THE AUTONOMOUS MIDWIFE LED BIRTHS IN EXTRAMURAL SETTINGS FROM THE ANNUAL REPORT MIDWIFE-LED CARE DURING LABOR AND DELIVERY 2021 (N=851)

Maternal Characteristics	Number	Percentage
Home births	695	82%
Birth house	155	18%
On the go	1	0,1%
Most chosen monitoring fetal heartrate: intermittent doppler	742	87%
Most chosen birth position: all fours position	364	43%
Bath birth	367	43%
No birth injuries (no tears or episiotomy)	346	41%
Episiotomy	12	1%
3rd or 4th degree tear at vaginal birth	9	1,1%

³ This comparison is a rough estimate, aimed at giving an idea of the magnitude of the number of midwife-led deliveries in relation to the total number of deliveries.

No complications postpartum	827	97%
Transfer to hospital postpartum	24	3%

Table 3 gives an overview of the neonatal characteristics of the autonomous midwife led births in extramural settings.

TABLE 3: NEONATAL CHARACTERISTICS OF THE AUTONOMOUS MIDWIFE LED BIRTHS IN EXTRAMURAL SETTINGS FROM THE ANNUAL REPORT MIDWIFE-LED CARE DURING LABOR AND DELIVERY 2021 (N=851)

Neonatal characteristics	Number	Percentage
Apgar after 1 min \geq 7	805	94,6%
Apgar after 5 min \geq 7	837	98,4%
Need for reanimation	35	4%

Table 4 gives an overview of the maternal characteristics of the autonomous midwife led births in intramural settings.

TABLE 4: MAIN CHARACTERISTICS OF THE AUTONOMOUS MIDWIFE LED BIRTHS IN INTRAMURAL SETTINGS FROM THE ANNUAL REPORT MIDWIFE-LED CARE DURING LABOR AND DELIVERY 2021 (N=460)

Maternal Characteristics	Number	Percentage
Hospital with midwife	278	60%
Midwifery led unit in hospital	182	40%
On the go	1	0,2%
Most chosen monitoring fetal heartrate: intermittent CTG	267	58%
Most chosen birth position: all fours position	164	36%
Bath birth	187	41%
No birth injuries (no tears or episiotomy)	140	30%
Episiotomy	5	1%
3rd or 4th degree tear at vaginal birth	10	2,2%
No complications postpartum	431	94%
Transfer to hospital postpartum	29	6%

Table 5 gives an overview of the neonatal characteristics of the autonomous midwife led birth in intramural settings.

TABLE 5: NEONATAL CHARACTERISTICS OF THE AUTONOMOUS MIDWIFE LED BIRTHS IN INTRAMURAL FROM THE ANNUAL REPORT MIDWIFE-LED CARE DURING LABOR AND DELIVERY 2021 (N=460)

Neonatal characteristics	Number	Percentage
Apgar after 1 min \geq 7	442	96%
Apgar after 5 min \geq 7	458	99,6%
Need for reanimation	13	3%

POINTS FORTS

Ce rapport annuel portant sur les soins continus par sage-femme pendant le travail et l'accouchement vise à rendre plus visible la pratique autonome des sages-femmes. Trente-un cabinets rassemblant 108 sages-femmes indépendantes actives principalement en Flandre et à Bruxelles ont participé à cette initiative. Les sages-femmes ont enregistré 1 587 débuts de travail en première ligne où l'accouchement était initialement prévu sous leur supervision. Le nombre de naissances accompagnées par sage-femme en Flandre et à Bruxelles (n=1 450), représente 1,67% des naissances à Bruxelles en Flandre en 2021 (n= 86 914).

Sur les 1 587 enregistrements, 1 311 accouchements ont été réalisés de manière autonome par une sage-femme, 695 accouchements ont eu lieu à la maison, 155 accouchements ont eu lieu dans une maison de naissance, 278 accouchements se sont déroulés dans un hôpital et 182 accouchements, dans une unité intrahospitalière dirigée par des sages-femmes. Enfin, 276 femmes ont été transférées vers un hôpital pour des raisons médicales, après quoi l'accouchement a eu lieu sous la supervision du gynécologue.

Le tableau 1 ci-dessous montre les principales caractéristiques maternelles de tous les accouchements commencés en première ligne sous la supervision d'une sage-femme.

TABLEAU 1 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES DU RAPPORT SOINS PAR SAGE-FEMME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT 2021 (N=1.587) – TOTAL DES NAISSANCES COMMENCÉES EN PREMIÈRE LIGNE

Caractéristiques maternelles	Nombre	%
Accouchement primipare	557	35%
Accouchement multipare	1.030	65%
Transfert intrapartum vers l'hôpital	276	17%
Accouchement assisté sur le nombre total de transferts vers l'hôpital⁴	73	26%
Césariennes sur le nombre total de transferts à l'hôpital	38	14%

Le tableau 2 montre les principales caractéristiques maternelles de tous les accouchements autonomes par sage-femme de ce rapport annuel 2021 qui ont eu lieu en dehors de l'hôpital. Il s'agit de tous les accouchements qui ont été supervisés par une sage-femme de première ligne dans une maison de naissance, à domicile ou sur la route.

TABLEAU 2: PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ACCOUCHEMENTS AUTONOMES PAR SAGE-FEMME EN EXTRAHOSPITALIER DANS LE RAPPORT ANNUEL DES SOINS PAR SAGE-FEMME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT 2020 (N=851)

Caractéristique maternelles	Nombre	%
Accouchement à domicile	695	82%
Accouchement en maison de naissance	155	18%
En route	1	0,1%
Surveillance fœtale la plus fréquente : doppler intermittent	742	87%
Position d'accouchement la plus fréquente : quatre pattes	364	43%

⁴ Ventouse ou forceps

Accouchement dans l'eau	367	43%
Périnée intact (pas d'épisiotomie ni déchirure)	346	41%
Episiotomie	12	1%
Rupture Périnée D3-D4	9	1,1%
Pas de complications post-partum	827	97%
Transfert postnatal (vers l'hôpital)	24	3%

Le tableau 3 résume les caractéristiques néonatales des accouchements autonomes par sage-femme de ce rapport annuel 2021 qui ont eu lieu en dehors de l'hôpital. Il s'agit de tous les accouchements qui ont été assistés par une sage-femme de première ligne dans une maison de naissance, à domicile ou en route.

TABLEAU 3: PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES NÉONATALES DES ACCOUCHEMENTS AUTONOMES PAR SAGE-FEMME EN EXTRAHOSPITALIER DANS LE RAPPORT ANNUEL DES SOINS PAR SAGE-FEMME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT 2021 (N=851)

Caractéristiques néonatales	Nombre	%
Apgar après 1 minute ≥ 7	805	94,6%
Apgar-score après 5 minutes ≥ 7	837	98,4%
Réanimation	35	4%

Le tableau 4 montre les principales caractéristiques maternelles de tous les accouchements autonomes par sage-femme de ce rapport annuel 2021 qui ont eu lieu dans un hôpital. Il s'agit de tous les accouchements qui ont été suivis par une sage-femme de première ligne à l'hôpital (n=278) ou dans une unité dirigée par sage-femme (n=182).

TABLEAU 4: PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ACCOUCHEMENTS AUTONOMES PAR SAGE-FEMME EN INTRAHOSPITALIER DANS LE RAPPORT ANNUEL DES SOINS PAR SAGE-FEMME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT 2021 (N=460)

Caractéristique maternelles	Nombre	%
Accouchement à l'hôpital avec sage-femme	278	60%
Accouchement à unité sage-femme intrahospitalière	182	40%
Surveillance fœtale la plus fréquente : CTG intermittent	267	58%
Position d'accouchement la plus fréquente : quatre pattes	164	36%
Accouchement dans l'eau	187	41%
Périnée intact (pas d'épisiotomie ni déchirure)	140	30%
Episiotomie	5	1%
Déchirure du périnée D3-D4	10	2,2%
Pas de complications post-partum	431	94%
Transfert postnatal (vers l'hôpital)	29	6%

Le tableau 5 présente les principales caractéristiques néonatales de tous les accouchements autonomes par sage-femme de ce rapport annuel 2021 qui ont eu lieu dans un hôpital. Il s'agit de tous les accouchements qui ont été assistés par une sage-femme de première ligne dans un hôpital ou dans une unité dirigée par sage-femme.

TABLE 5: PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES NÉONATALES DES ACCOUCHEMENTS AUTONOMES PAR SAGE-FEMME EN INTRAHOSPITALIER DANS LE RAPPORT ANNUEL DES SOINS PAR SAGE-FEMME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT 2021 (N=460)

Caractéristiques néonatales	Nombre	%
Apgar après 1 minute ≥ 7	442	96%
Apgar après 5 minutes ≥ 7	458	99,6%
Nécessité de réanimation	13	3%

INTRODUCTION

En 2019, la Belgique comptait 10 501 sages-femmes professionnellement actives, contre 9 757 en 2017, soit une augmentation de 7,6 %. La majorité de ces sages-femmes étaient employées exclusivement comme salariées (78%, n=8 243). Le pourcentage de sages-femmes exclusivement indépendantes (9%, n=990) ou à statut mixte (12%, n=1 268) est resté stable par rapport à 2017.⁵ (Durand et al., 2020; Durand et al., 2022).

En 2021, le SPE (Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie) a enregistré 64 282 naissances en Flandre et à l'UZ Brussel (Goemaes et al., 2022). Le CEpiP (Le Centre d'épidémiologie périnatale) a enregistré 34 996 naissances en Wallonie et 22 632 naissances dans la Région Bruxelles-Capitale pour la même année. (Leroy & Van Leeuw, 2022; Van Leeuw & Leroy, 2022)

En 2021, 487 accouchements extrahospitaliers ont été enregistrés en Flandre et à l'UZ Brussel, dont 484 accouchements à domicile. En Wallonie, 283 accouchements extrahospitaliers ont été enregistrés, dont 36 en maison de naissance, 149 accouchements à domicile, 92 accouchements non planifiés. En Région Bruxelles-Capitale, 147 accouchements extrahospitaliers ont été enregistrés, dont 75 en maison de naissance, 62 accouchements non planifiés et 10 accouchements pour lesquels aucun détail supplémentaire n'est connu. Sur les 121 910 naissances en Belgique enregistrées par le CEpiP et le SPE en 2021, 0,6% (N=744) étaient des accouchements planifiés assistés par sage-femme en dehors de l'hôpital. Dans le cadre de ce rapport 2021, les enregistrements portent sur la Flandre, Bruxelles et une petite partie de la Wallonie avec 851 accouchements assistés par sage-femme, dont 696 naissances à domicile, 155 naissances en maison de naissance et une en route. La disparité entre les chiffres du SPE et nos données montre la nécessité d'un enregistrement correct et complet des soins prodigués par les sages-femmes, afin de remédier à ce problème de sous-déclaration.

Le présent rapport annuel vise à dresser le profil des soins dispensés par sage-femme et de communiquer des données épidémiologiques de manière transparente et structurée. Cette démarche a pour objectif d'améliorer la qualité des soins pour la mère et l'enfant. Le British Columbia College of Midwives (2020) recommande que toutes les femmes ayant une grossesse à bas risque aient le choix d'accoucher à domicile ou à l'hôpital. Quant au National Institute for Health and Care Excellence (NICE), il préconise que les femmes multipares à bas risque puissent accoucher à domicile ou dans une unité dirigée par sage-femme, vu le taux inférieur d'interventions et l'absence de différence dans les résultats néonataux entre unité dirigée par sage-femme et unité dirigée par médecin (NICE, 2017).

Les avantages des soins par sage-femme sont rapportés par plusieurs sources. Chez les femmes en bonne santé ayant une grossesse à bas risque, on observe des résultats positifs tels qu'une probabilité accrue d'accouchement par voie vaginale, une probabilité moindre d'anesthésie péridurale et d'accouchement vaginal instrumenté, ainsi qu'une durée plus courte du travail (Merz et al., 2020). Janssen et al (2009) ont constaté que les femmes accouchant à domicile étaient moins susceptibles de subir des interventions obstétricales telles que l'accouchement vaginal assisté, une déchirure périnéale du troisième ou quatrième degré ou une hémorragie du post-partum. Il a également été constaté que le groupe ayant accouché à domicile avait moins besoin de réanimation ou d'oxygénothérapie 24 heures après la naissance. La revue systématique Cochrane de Sandall et al (2016) a conclu que les femmes randomisées dans le groupe d'accouchement dirigé par sage-femme risquaient généralement moins souvent une anesthésie régionale (rachianesthésie/péridurale), un accouchement instrumenté

⁵ En 2017, 9% (n=841) des sages-femmes actives avaient un statut d'indépendantes et 12% (n=1.156) un statut mixte.

(ventouse/forceps) ou une naissance prématurée (<37 semaines). Les femmes du groupe soins sage-femme étaient généralement plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal spontané.

Martin-Arribas et al. (2022) indiquent en outre que dans un système de santé médicalisé, où 99,8 % des femmes accouchent dans une unité de naissance conventionnelle, les soins dirigés par sage-femme peuvent avoir des effets positifs significatifs sur les résultats maternels. Les femmes bénéficiant de soins par sage-femme risquent nettement moins souvent de recourir à une anesthésie épidurale ou de nécessiter une optimisation du travail; elles sont en outre plus susceptibles d'accoucher dans une autre position que la lithotomie, de vivre un accouchement vaginal spontané, elles risquent moins d'instrumentations et de déchirures périnéales du troisième ou du quatrième degré. Les chercheurs ont également constaté que dans le groupe des accouchements par sage-femme, on enregistrait moins de nouveau-nés avec un score d'Apgar inférieur à 7 après 5 minutes et moins de réanimations néonatales. Ricchi et al. (2019) concluent également que les soins dirigés par sage-femme constituent un modèle de soins à la fois fiable et sûr. Dans leur étude de la portée (scoping review) consacrée aux preuves de l'efficacité des soins par sage-femme, Richi et al. ont montré que les résultats maternels et néonataux étaient similaires à ceux d'autres modèles de soins. Ils ont observé une fréquence plus élevée de naissances naturelles dans le cadre des soins par sage-femme, avec un nombre inférieur d'analgésiques régionaux (épidurales/rachidiennes), d'accouchements instrumentés et de mortalité fœtale/néonatale. La revue systématique de Scarf et al (2018) aboutit à des conclusions similaires. Vu le faible taux de morbidité maternelle et néonatale et la probabilité réduite d'interventions obstétricales, les auteurs plaident pour que les maisons de naissance et le domicile fassent partie des options d'accouchement des femmes ayant une grossesse à bas risque.

Les soins dirigés par les sages-femmes ne représentent qu'une faible partie de l'activité obstétricale en Belgique. Ainsi, le précédent rapport annuel 2020 portait sur 1 259 accouchements commencés en soins de première ligne, soit 1,06% des 118 037 naissances enregistrées en Belgique. La plupart de ces enregistrements avaient été effectués en Flandre et à Bruxelles. 1 018 accouchements avaient été enregistrés en Flandre et à Bruxelles en 2020, soit 1,21% des 84 257 naissances enregistrées au total en 2020 en Flandre et à Bruxelles. Continuer à publier ces chiffres permet de mieux comprendre le travail effectué par les sages-femmes de première ligne. En effet, ces professionnelles de santé sont confrontées à une charge de travail intense tout en rencontrant des difficultés financières sérieuses, comme en témoigne, entre autres, l'article "Ik schaam me soms voor mijn loon" (J'ai parfois honte de mon salaire) paru le jeudi 28 août 2022 dans De Standaard. Les sages-femmes y déclarent faire face à une demande croissante tout en ayant du mal à joindre les deux bouts (Van Melckebeke, 2022). Ce rapport annuel vise à traduire leur travail en chiffres et preuves scientifiques.

La reconnaissance de la profession de sage-femme est importante également à un niveau sociétal plus large. L'OMS (2016) recommande ainsi la mise en place de soins par sage-femme, c'est-à-dire le suivi de la femme enceinte et de son partenaire pendant toute la période de la grossesse, du travail et de l'accouchement ainsi que du post-partum par une sage-femme ou une équipe de sages-femmes pour autant qu'il existe des programmes de formation professionnelle de qualité (OMS, 2016). En effet, la formation des sages-femmes doit être conforme aux qualifications professionnelles actuelles, y compris aux directives européennes. Le profil professionnel de la sage-femme belge reflète les compétences que doit posséder la sage-femme à l'issue de sa formation de base et tout au long de sa

pratique professionnelle (Conseil fédéral des sages-femmes, 2016). Si la loi autorise la sage-femme⁶ à pratiquer l'accouchement de manière autonome, nous avons cependant peu de recul sur l'application réelle de cette compétence.

Au travers de ce rapport, le travail des sages-femmes de première ligne gagne en visibilité, un processus de reconnaissance important auprès d'autres professionnels impliqués dans les soins obstétricaux tels que gynécologues, pédiatres, etc... mais aussi au sein de leur propre profession. En outre, rapporter de façon structurée des données transparentes permet de démystifier les préjugés entourant l'accouchement à domicile, des préjugés qui découlent du manque de connaissance de ce type de soins et de l'énorme attention portée aux rares incidents.

Dans ce deuxième rapport annuel sur les soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement se poursuit l'analyse détaillée des accouchements supervisés de manière autonome par les sages-femmes. Cette analyse s'inscrit dans l'objectif de constituer une cartographie complète des accouchements autonomes par sage-femme en Belgique. D'année en année, nos efforts visent à optimiser les enregistrements par rapport aux années précédentes. Ainsi, pour 2022, nous avons détaillé une donnée de base en distinguant les soins dirigés par sage-femme en intrahospitalier et extrahospitalier. Nous avons également inclus une unité sage-femme intrahospitalière.

Dans ce rapport annuel sont repris tous les accouchements ayant débuté en première ligne sous la responsabilité d'une sage-femme et pour lesquels l'intention était également d'accoucher dans le cadre de la première ligne. Sont ensuite analysés tous les accouchements qui ont effectivement eu lieu sous la responsabilité de la sage-femme. Une distinction est également faite entre les accouchements extrahospitaliers (en maison de naissance, à domicile et en route) et intrahospitalier (plateau technique en hôpital et unité sage-femme). Enfin, nous avons ensuite passé en revue tous les accouchements qui ont été transférés à la deuxième ligne, le gynécologue prenant le relais de la sage-femme.

⁶ § 1er. Sans préjudice de l'exercice de l'art médical tel que défini à l'article 3, on entend par exercice de la profession de sage-femme : 1° l'accomplissement autonome des activités suivantes : a) le diagnostic de la grossesse; b) l'assurance, durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, de la surveillance de la femme et la dispensation à celle-ci de soins et conseils; c) le suivi des grossesses normales, la pratique des accouchements eutociques et la dispensation des soins au nouveau-né et au nourrisson bien portant; d) les mesures préventives, la recherche des risques chez la mère et l'enfant; e) en cas d'urgence, les gestes nécessaires dans l'attente d'une aide médicale spécialisée; f) l'information et l'éducation à la santé, vis-à-vis de la femme, de la famille et de la société; g) l'éducation prénatale et à la préparation à la parenté

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

DÉFINITIONS

Sage-femme:

La loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 stipule que le titulaire d'un titre professionnel de sage-femme est chargé de suivre les grossesses normales, de réaliser les accouchements eutociques et de fournir des soins de première ligne aux nouveau-nés et aux nourrissons en bonne santé (Moniteur belge, 2015). Le profil professionnel et de compétence de la sage-femme belge la définit comme étant le professionnel de santé qui fournit des soins obstétricaux médicaux durant la préconception, la grossesse, le travail l'accouchement, le postpartum et la petite enfance. Au cours du processus reproductif et périnatal qui se déroule de façon normale, elle réalise de façon autonome une démarche clinique et des actes obstétricaux, pratique l'accouchement et prescrit les analyses et les médicaments nécessaires. La sage-femme détecte les risques physiques, sociaux et/ou mentaux éventuels chez la mère et l'enfant de et l'adresse si nécessaire vers un médecin ou un autre professionnel des soins de santé. Dans les cas urgents, elle réalise les actes médicaux nécessaires dans l'attente d'une aide médicale spécialisée. En cas de pathologie, la sage-femme intervient en collaboration avec un médecin et sous sa responsabilité. La sage-femme est compétente pour effectuer tous les actes nécessaires à l'exercice de sa profession, dans toutes les structures où son expertise est requise : domicile, communauté, hôpitaux, institutions ou services de santé (Conseil fédéral des sages-femmes, 2016).

Soins de santé de première ligne :

Les soins de première ligne sont définis comme les soins et le soutien destinés aux personnes nécessitant des soins et de soutien accessibles, facilement abordables, ambulatoires et généralistes pour des problèmes de santé ou de bien-être, qu'ils soient de nature physique, psychologique ou sociale, offerts par des prestataires de soins primaires, à la suite ou non d'une orientation par un autre prestataire de soins de santé (Van Orshoven, 2019).

Soignants de première ligne :

Les prestataires de soins de santé actifs dans le secteur des soins de santé de première ligne comprennent : les pharmaciens, les diététiciens, les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les psychologues, les dentistes, les orthophonistes, les infirmières (à domicile), les sages-femmes, les aides-soignantes, les ergothérapeutes, les podologues, les aides-soignants, les travailleurs sociaux (CELZ, 2017).

Soins de santé de deuxième ligne :

La deuxième ligne est constituée par les hôpitaux qui proposent une offre de soins spécialisés dans certaines pathologies (Van Orshoven, 2019). Il existe une trentaine de spécialisations (pédiatres, gynécologues, cardiologues, pneumologues, néphrologues, dermatologues, ORL, etc.) (Sermeus et al., 2009).

Sage-femme de première ligne :

Une sage-femme de première ligne travaille sous statut d'indépendante complète ou partielle. Elle conseille la femme enceinte normale, à bas risque avant, pendant et après l'accouchement. Elle travaille principalement en extrahospitalier, c'est-à-dire en dehors d'un cadre hospitalier. Certaines

sages-femmes indépendantes supervisent de manière autonome les accouchements à domicile ou en maison de naissance. En accord avec certains hôpitaux, il est possible pour les sages-femmes indépendantes d'accompagner les accouchements à l'hôpital. Il existe également des sages-femmes indépendantes qui accompagnent uniquement les femmes en pré et/ou postnatal (De Koster, 2016). Dans le cas des unités sage-femme, les sages-femmes sont salariées et travaillent au sein même de l'hôpital. Dans ce document sont appelées sages-femmes de première ligne les sages-femmes effectuant des accouchements de manière autonome. Elles exercent donc à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Sage-femme de deuxième ligne :

Ce sont les sages-femmes qui travaillent en tant que salariées dans un hôpital. Autres noms : sages-femmes intrahospitalières ou sages-femmes de deuxième ligne. Elles travaillent en intrahospitalier c'est-à-dire en milieu hospitalier. Les sages-femmes y travaillent principalement en tant qu'exécutantes et toujours sous la supervision du gynécologue, tant pour la partie physiologique que pour les pathologies.

Soins par sage-femme :

Sandall et al. (2016) définissent les soins par sage-femme comme le modèle de soins dans lequel la sage-femme est le professionnel principal chargé de la planification, l'organisation et la mise en œuvre des soins et ce, depuis le moment du premier contact jusqu'à la fin de la période postnatale. Ce suivi s'inscrit dans un réseau multidisciplinaire de consultations et d'orientations vers et depuis d'autres prestataires de soins de santé.

Edmonds et al (2020) décrivent les soins par sage-femme comme une stratégie de soins fondée sur les preuves (evidence-based) qui favorisent une grossesse et un accouchement physiologiques normaux. Elle soutient la capacité naturelle des femmes à vivre l'accouchement avec un minimum et/ou une absence d'interventions de routine. Il s'agit d'un modèle de soins dans lequel la sage-femme est le principal fournisseur de soins pour les grossesses à bas risque.

Unité sage-femme

Une unité dsage-femme est la traduction du terme anglais "Midwifery-led unit". Il s'agit du modèle de soins dans lequel la sage-femme est le principal prestataire de soins pour les femmes enceintes à bas risque. Il existe deux types d'unités dirigées par des sages-femmes, intrahospitalières et extrahospitalières. Cette dernière forme est mieux connue sous le nom de maison de naissance (Edmonds et al., 2020). Le "Cocon", première unité sage-femme intrahospitalière, a ouvert en Belgique en 2014 au sein de l'hôpital Erasme de Bruxelles (Anderlecht). L'objectif de cette unité est de donner aux femmes ayant une grossesse à bas risque le choix d'une prise en charge par une sage-femme dans l'environnement sécurisé d'un hôpital (Welffens et al., 2020).

Naissance normale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une naissance normale comme une naissance qui débute spontanément, qui est considérée comme à bas risque au début du travail et qui le reste pendant tout le travail et la naissance. L'enfant (singleton) naît spontanément en position occipitale entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. Après l'accouchement, la mère et l'enfant sont en bonne condition (Organisation mondiale de la santé, 1997). La Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque du KCE a également adopté cette définition. Elles définissent une naissance comme normale lorsque le travail et l'accouchement se déroulent normalement et que

l'enfant naît spontanément en position céphalique entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. Dans une naissance normale, la mère et l'enfant sont en bonne condition (Mambourg et al., 2011). Au début de cette année, le KCE a publié une nouvelle directive intitulée "Référencement lors du suivi des grossesses à bas risque" (Zeevaert et al., 2023).

Cette directive du KCE de 2011 est actuellement en cours de révision dans le cadre de l'étude 2019-10 (HSR) "Outils d'orientation entre sages-femmes et gynécologues lors du suivi prénatal par les sages-femmes".

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2009) ajoute à cette définition de l'OMS dans son énoncé de politique conjoint : une naissance normale a un début spontané, est considérée à bas risque pendant le travail et le demeure tout au long du travail et de la naissance. L'enfant naît spontanément en position occipitale entre 37 et 42+ semaines d'aménorrhée. Une naissance normale signifie également avoir la possibilité d'un contact peau-à-peau et de commencer l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance (Halpern, 2009).

La Confédération internationale des sages-femmes (2014) met l'accent sur l'aspect physiologique du processus de naissance et définit une naissance normale comme une naissance qui commence, se poursuit et se termine de manière spontanée et naturelle, et dans laquelle l'enfant naît spontanément en position occipitale, sans aucune intervention chirurgicale, médicale ou pharmaceutique

Grossesse à bas risque:

Le profil de risque de la femme enceinte est déterminé par la présence ou l'absence de facteurs de risque. Une grossesse normale a un profil à bas risque et se définit comme l'absence de tout risque identifiable nécessitant des soins ou des mesures supplémentaires (Dekker et al., 2015). Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014) définit une grossesse à bas risque comme celle d'une femme en bonne santé avec une grossesse sans complication qui commence son travail avec un faible risque de développer des complications intrapartum.

POPULATION

En 2019, 10 501 sages-femmes étaient professionnellement actives en Belgique, dont 68% (n=7 153) en communauté flamande et 32% (n=3 348) en communauté française Wallonie-Bruxelles. La majorité de ces sages-femmes (78%, n=8 243) travaillaient exclusivement comme salariées, 9% (n=990) exclusivement comme indépendantes et 12% (n=1 268) combinaient une activité salariée et indépendante. Parmi toutes les sages-femmes qui travaillaient uniquement comme salariées ou qui avaient un statut mixte, 81% (n=7 679) travaillaient dans le secteur de la santé, les autres étant employées dans l'enseignement, l'administration, l'aide sociale, les CPAS ou d'autres organismes (Durand et al., 2022).

Ce rapport annuel propose un aperçu de tous les accouchements réalisés de manière autonome par des sages-femmes indépendantes, que ce soit à domicile, en maison de naissance ou en plateau technique hospitalier. En outre, il enregistre les accouchements commencés sous la responsabilité de la sage-femme, mais qui ont dû être transférés à l'hôpital en intra-partum. Comme ces naissances étaient initialement prévues sous la responsabilité de la sage-femme, elles sont également incluses dans ces statistiques. Il s'agit principalement de grossesses à bas risque qui répondent aux critères de la première ligne. L'évaluation des risques est faite par la sage-femme et le gynécologue tout au long de la grossesse (Mambourg et al., 2011).

En 2021, 31 cabinets, regroupant 108 de sages-femmes, ont participé à cet enregistrement. Toutes les sages-femmes de cet enregistrement étaient des sages-femmes indépendantes ou des sages-femmes de première ligne supervisant de manière autonome des accouchements à domicile, en maison de naissance ou à hôpital, en ce compris une unité sage-femme intrahospitalière. La plupart des cabinets de cette étude étaient situés en Région flamande (74%, n=23), quatre cabinets (13%) étaient situés dans la Région Bruxelles-Capitale, trois cabinets (10%) étaient situés en Région wallonne et un cabinet (3%) était situé aux Pays-Bas. Le cabinet situé dans la zone frontalière des Pays-Bas effectue régulièrement des accouchements en Belgique et a donc été inclus dans l'enregistrement. Les cabinets de la province d'Anvers sont les plus représentés dans ce rapport. La Région Bruxelles-Capitale représente le plus grand nombre de sages-femmes par province dans cette étude. Le tableau 6 donne une répartition géographique des cabinets participants et du nombre de sages-femmes par cabinet.

TABEAU 6 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES CABINETS DE SAGES-FEMMES

PROVINCE	NOMBRE DE CABINETS (N)	NOMBRE DE SAGES-FEMMES (N)
ANVERS	10	22
BRUXELLES	4	24
HAINAUT	1	1
LIMBOURG	3	9
NAMUR	1	8
PAYS-BAS	1	1
FLANDRE ORIENTALE	4	22
BRABANT FLAMAND	3	10
BRABANT WALLON	1	1
FLANDRE OCCIDENTALE	3	10

Aucune statistique n'est disponible sur le nombre de sages-femmes assistant les accouchements de manière autonome ou non. De même, on ignore la répartition des sages-femmes autonomes entre la Flandre et la Wallonie. Il est donc difficile d'établir la représentativité de l'échantillon pour la Belgique. Pour la Flandre, tous les cabinets contactés (dont les coordonnées sont connues par le groupe de travail 'vroevrouwgeleide zorge' (soins par sage-femme) du VBOV) ont participé à cet enregistrement. On ne peut dès lors pas affirmer avec une certitude totale que cet enregistrement couvre tous les cabinets en Flandre où les sages-femmes effectuent des accouchements de manière autonome. Seul un cabinet wallon avait participé à l'enregistrement 2020. Pour 2021, ils sont désormais trois cabinets à participer. En diffusant l'appel de cet enregistrement par le biais de l'Union Professionnelle des Sage-femmes Belges, nous visons à augmenter le nombre de cabinets de Wallonie participant à l'enregistrement dans les années à venir.

- Comparaison avec le SPE

En 2021, le Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE) a enregistré 63 334 mères et 64 282 naissances en Flandre et à l'UZ Brussel, dont 62 386 naissances uniques et 1 896 naissances multiples. La même année à Bruxelles, le Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) a enregistré 22 212 mères et 22 632 naissances, dont 21 798 naissances uniques et 834 naissances multiples. Toujours en 2021, en Wallonie, le CEpiP a enregistré 34 439 mères et 34 996 naissances, dont 33 886 naissances uniques et 1 110 naissances multiples. En 2021, SPE et CEpiP ont enregistré au total 121 910 naissances et 119

985 mères. L'échantillon du présent rapport annuel s'élève à 1 587 mères et naissances et couvre principalement la Flandre et Bruxelles et, pour une petite partie, la Wallonie.

COLLECTE DES DONNÉES

Le tableau 7 ci-dessous présente les variables enregistrées (voir également l'annexe 1 pour le formulaire d'enregistrement). Les données collectées portent sur trois volets. Le premier contient les informations générales; le deuxième section, les données d'accouchement et les données néonatales de tous les accouchements réalisés de manière autonome par la sage-femme. Le troisième volet porte sur les données relatives à l'accouchement et au bébé lorsqu'il y a eu transfert à la deuxième ligne pendant le travail et que le travail et l'accouchement ont été suivis par gynécologue.

TABLEAU 7: VARIABLES ENREGISTRÉES

<p><i>Informations générales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Langue maternelle - Âge maternel - Conception - Gravidité/parité - Lieu prévu pour l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu de l'accouchement - Province - Responsable de l'accouchement - Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)
<p><i>Accouchement par sage-femme:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravidité - Lieu accouchement - Durée grossesse - Surveillance foetale - Rupture de la poche des eaux - Position bébé - Position accouchement - Accouchement dans l'eau - Périnée - Phase placentaire - Pertes de sang - Transfert postnatal: maternel - GBS: diagnostic et prophylaxie 	<p><i>Données néonatales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexe - Poids - Score Apgar - Réanimation - Transfert en néonatalogie - Surveillance supplémentaire
<p><i>Accouchements transférés:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gravidité - Motif de transfert intrapartum : <ul style="list-style-type: none"> Stagnation Urgent Autre - Péridurale - Episiotomie 	<p><i>Données néonatales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexe - Poids - Score Apgar - Réanimation - Observation supplémentaire

- Pourcentage instrumentation/césarienne sur le total	
---	--

Le choix des données collectées est basé sur les enregistrements des activités périnéales effectuées par la SPE en Flandre et le CEpiP en Wallonie. Elles sont complétées par des variables pour lesquelles les sages-femmes de terrain avaient constaté des lacunes. Chaque année, notre formulaire d'enregistrement est optimisé sur la base du feedback des sages-femmes. La collecte de données se fait dans le respect du "Règlement général sur la protection des données", RGPD. Toutes les données sont collectées et traitées de manière anonyme. Chaque accouchement se voit attribuer un numéro et chaque cabinet de sage-femme un code lettre.

Le lien du formulaire d'inscription en ligne est envoyé à toutes les sages-femmes et tous les cabinets indépendants de Flandre et de Bruxelles dont les coordonnées sont connues par le groupe de travail du VBOV "vroedvrouwgeleide geboortezorg" (soins maïeutiques par sages-femme). Grâce à ce lien, les sages-femmes peuvent enregistrer chaque travail et/ou accouchement qu'elles ont supervisés au cours de l'année 2021. L'enregistrement par les sages-femmes se fait sur une base volontaire. Chaque sage-femme procède conformément aux pratiques de son cabinet et remplit le formulaire d'enregistrement au mieux de ses connaissances et de ses convictions. Le traitement de ces inscriptions est effectué par le VBOV.

Tous les résultats présentés dans ce rapport annuel relèvent de la rubrique des statistiques descriptives.

L'ANNÉE 2021 EN CHIFFRES : APERÇU DE TOUS LES ACCOUCHEMENTS DÉMARRÉS EN PREMIÈRE LIGNE (N= 1 587)

En 2021, nous avons enregistré 1 587 accouchements et naissances, analysés plus en détail ci-dessous.

DONNÉES GÉNÉRALES

Le tableau 8 rend compte des caractéristiques socio-démographiques des mères. La majorité d'entre elles parlaient le néerlandais (62%, n=989). La plupart des femmes dont le travail et/ou l'accouchement s'est déroulé sous la responsabilité d'une sage-femme sont originaires d'Anvers (25%, n=390) et de la Région Bruxelles-Capitale (23,4%, n= 372). Elles sont suivies par les femmes domiciliées en Brabant flamand (14%, n= 226).

L'âge moyen des primipares était de 31,3 ans, avec une fourchette comprise entre 19 et 42 ans. L'âge moyen des multipares était de 33,0 ans, avec une fourchette comprise entre 20 et 45 ans. Chez les primipares comme chez les multipares, aucune n'avait moins de 18 ans. Dans les deux groupes, la plupart des femmes se situaient dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans, soit 66% (n=369) dans le groupe des primipares et 78% (n=802) dans le groupe des multipares. La proportion de femmes âgées de plus de 39 ans était plus élevée dans le groupe des femmes multipare (6%, n=59) que dans le groupe des femmes primipare (2%, n=12).

TABLEAU 8 DONNÉES GÉNÉRALES : FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

	POURCENTAGE	TOTAAL (N=1587)
LANGUE MATERNELLE		
Allemand	0,1%	14
Anglais	2,1%	34
Bilingui: FR/NL	0,1%	2
Bulgare	0,1%	1
Burundi	0,1%	A
Chinois	0,1%	2
Espagnol	0,3%	5
Français	26,6%	438
Grec	0,2%	3
Hébreu	0,1%	1
Hindi	0,1%	1
Hongrois	0,1%	1
Inconnu	3,5%	55
Italien	0,6%	9
Japonais	0,1%	1
Liuanien	0,1%	1
Marocain	0,6%	10
Néerlandais	62,30%	989
Norvégien	0,1%	1
Polonais	0,2%	3
Portugais	0,2%	3

	Roumain	0,2%	3
	Russe	0,1%	2
	Serbe	0,1%	1
	Slovaque	0,1%	1
	Tchèque	0,1%	1
	Turc	0,2%	3
	Ukrainien	0,1%	1
PROVINCE			
	Région Bruxelles Capitale	23,4%	372
	Brabant Flamand	14%	226
	Anvers	25%	390
	Flandre occidentale	9%	150
	Flandre orientale	14%	218
	Brabant flamand	3,8%	60
	Limbourg	5,9	93
	Liège	1,0%	16
	Namur	1,0%	16
	Hainaut	1,8%	28
	Luxemburg	0,5%	8
	Etranger: France/Pays-Bas	0,5%	8
	Inconnu	0,1%	2
ÂGE PRIMI			
	<18 ans	0%	0
	18 – 29 ans	31%	174
	30 – 39 ans	66%	369
	>39 ans	2%	12
ÂGE MULTI			
	<18 ans	0%	0
	18 – 29 ans	16%	167
	30 – 39 ans	78%	802
	>39 ans	6%	59

Le tableau 9 détaille les données obstétricales, le lieu de l'accouchement et la parité. Est ainsi demandé le lieu prévu d'accouchement. La grande majorité (98,6%, n=1 564) a déclaré vouloir accoucher sous la responsabilité de la sage-femme. Une petite minorité 1% (n=23) prévoyait d'accoucher à l'hôpital, accompagnée d'un gynécologue, bien que ces accouchements aient finalement eu lieu sous la responsabilité de la sage-femme à domicile ou à l'hôpital.

La majorité de tous les accouchements enregistrés étaient des accouchements à domicile supervisés par sage-femme (43,8 %, n=695). Dix pour cent des accouchements (n=155) ont été assistés en maison de naissance par sage-femme, 0,06% (n=1) des accouchements ont été enregistrés avec comme lieu d'accouchement "sur la route". Les accouchements intrahospitaliers représentent 46,4% (n= 736) des accouchements enregistrés, dont 17,5% (n= 278) étaient des accouchements réalisés par une

sage-femme de première ligne à l'hôpital, 11,5% (n=182) des accouchements ont eu lieu dans une unité sage-femme intrahospitalière et 17,4% (n=276) étaient des transferts supervisés par le gynécologue de l'hôpital. La majorité des accouchements (83%, n=1311) ont été gérés de manière autonome par la sage-femme. Les 17% (n= 276) restants ont eu lieu sous la responsabilité du gynécologue, dans le cadre d'un transfert intrapartum de la première à la deuxième ligne. La majorité des mères (65%, n=1 030) étaient multipares (contre 35% (n=557) de primipares).

TABLEAU 9 DONNÉES GÉNÉRALES : PARITÉ - LIEU D'ACCOUCHEMENT

		POURCENTAGE	TOTAL (N= 1 587)
LIEU PRÉVU DE L'ACCOUCHEMENT			
	Maison de naissance	15,9%	252
	Domicile	47,8%	758
	Hôpital sage-femme	23,4%	372
	Hôpital gynécologue	1,4%	23
	Unité sage-femme	11,5%	182
LIEU D'ACCOUCHEMENT			
	Maison de naissance	9,8%	155
	Domicile	43,8%	695
	Hôpital sage-femme	17,5%	278
	Hôpital gynécologue	17,4%	276
	Unité sage-femme	11,5%	182
	En route	0,1%	1
RESPONSABLE DE L'ACCOUCHEMENT			
	Sage-femme	83%	1.311
	Gynécologue	17%	276
PARITÉ			
	Primipare	35%	557
	Multipare	65%	1.030

Si l'on associe parité et personne responsable de l'accouchement (voir tableau 10), on constate que 64% (n=358) des primipares étaient accompagnées par la sage-femme contre 93% (n=953) des multipares. Le gynécologue a supervisé 36% (n=199) des grossesses de primipares contre 7% (n=77) des grossesses de multipares. Un quart des primipares ont accouché à domicile avec la sage-femme (n=139), 10% (n=54) des primipares ont été accompagnées en maison de naissance avec une sage-femme, 18% (n=101) ont été suivies à l'hôpital par une sage-femme et 11% (n=64) ont été accompagnées par une sage-femme dans une unité sage-femme. Plus de la moitié des multipares ont accouché à domicile avec une sage-femme (54%, n= 556). De plus, 10% (n=101) des grossesses multipares ont été accompagnées en maison de naissance, 17% (n=177) ont été accompagnées par une

sage-femme à l'hôpital, 11% (n=118) ont été accompagnées par une sage-femme dans une unité sage-femme, 7% (n=77) ont été accompagnées par le gynécologue à l'hôpital et, enfin, une femme multipare a eu un accouchement sage-femme "sur la route".

TABLEAU 10 COMPARAISON PARITÉ-LIEU D'ACCOUCHEMENT/RESPONSABLE

	Primipare	Multipare
Responsable accouchement		
Sage-femme	64% (n=358)	93% (n=953)
Gynécologue	36% (n=199)	7% (n=77)
Lieu accouchement		
Maison de naissance	10% (n=54)	10% (n=101)
Domicile	25% (n=139)	54% (n=556)
Hôpital sage-femme	18% (n=101)	17% (n=177)
Hôpital gynécologue	36% (n=199)	7% (n=77)
Unité sage-femme	11% (n=64)	11% (n=118)
En route	0% (n=0)	0,1% (n=1)

Le tableau 11 présente les données obstétricales des femmes. Sur les 1 587 accouchements enregistrés, 17% (n=274) présentent une fausse couche et 5,5% (n=86), un avortement dans leurs antécédents. Il s'agit majoritairement de grossesses spontanées (94%, n=1493). Il y avait 27 femmes (1,7%) avec un antécédent de césarienne. Nous avons enregistré 25 AVAC, soit 1,6% du nombre de césariennes dans l'anamnèse.

TABLEAU 11 DONNÉES GÉNÉRALES : VARIABLES OBSTÉTRICALES

	POURCENTAGE	TOTAL (N=1.587)
AVORTEMENT/FAUSSE-COUCHE DANS L'ANAMNÈSE		
FAUSSE-COUCHE	17,3%	274
AVORTEMENT	5,5%	86
AVORTEMENT ET FAUSSE-COUCHE	1,9%	30
RIEN	75,4%	1.197
CONCEPTION		
SPONTANÉE	94%	1.493
HORMONALE	0,7%	11
INSÉMINATION ARTIFICIELLE	0,7%	11
ICSI	1%	23
FIV	1%	22
INCONNU	0,1%	2
ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE		
	1,7%	27
AVAC⁷		
	1,6%	25

⁷ Accouchement vaginal après césarienne

ACCOUCHEMENTS AUTONOMES PAR SAGE-FEMME (N=1 311)

En 2021, 1 311 accouchements ont été accompagnés par une sage-femme. La majorité de ces accouchements (65%, n=851) ont eu lieu en dehors de l'hôpital (à domicile ou en maison de naissance), tandis que 35% (n=460) ont été supervisés par sage-femme en milieu intrahospitalier. Ceci comprend les accouchements ayant eu lieu en unité sage-femme et les accouchements en plateau techniques, où une sage-femme de première ligne assure la responsabilité de la naissance à l'hôpital.

La majorité des accouchements dirigés par sage-femme autonome étaient des grossesses multipares (73%, n=942) (voir tableau 12). Parmi ces multipares, 13% ou 136 femmes affichaient une parité de trois ou plus. Dans 27% des cas, il s'agissait de grossesses primipares (n=355). La plupart des accouchements (99,2%, n=1 287) ont eu lieu entre 37 et 42 semaines. Huit naissances (0,6%, n=8) ont eu lieu avant 37 semaines et deux (0,1%), après 42 semaines. Dans la majorité des accouchements dirigés par sage-femme, le bébé se présentait en position occipitale (99%, n= 1 293). Dans 82% (n=1 068), il s'agissait d'un occiput antérieur; dans 3% (n=43), occiput postérieur et dans 14% (n=182), la position occipitale n'était pas spécifiée.

Un peu plus de la moitié des accouchements dirigés par une sage-femme ont eu lieu à domicile (53%, n=683), 12% (n=155) ont eu lieu en maison de naissance et un accouchement (0,1%) a eu lieu en route. Environ un cinquième (21% ou n=276) des accouchements étaient des accouchements assistés par une sage-femme de première ligne à l'hôpital et 14% (n=182) des enregistrements étaient des accouchements en unité sage-femme.

TABLEAU 12 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES ACCOUCHEMENTS SUPERVISÉS PAR SAGE-FEMME

		POURCENTAGE	TOTAL (N=1.311)
GRAVIDITÉ			
	Primipare	27%	358
	Multipare	73%	953
DURÉE GROSSESSE			
	< 37 semaines	0,6%	8
	37-42 semaines	99,2%	1.301
	> 42 semaines	0,2%	2
POSITION BÉBÉ			
	Occiput antérieur	83%	1.082
	Occiput postérieur	3%	43
	Occiput	14%	182
	Occiput Transverse	0,1%	1
	Sinciput	0,2%	3

ACCOUCHEMENTS EXTRAHOSPITALIERS PAR SAGE-FEMME: *MAISON DE NAISSANCE ET ACCOUCHEMENTS À DOMICILE (N=851)*

Ce chapitre examine de plus près tous les accouchements par sage-femme qui ont eu lieu en dehors de l'hôpital (54%, n=851). Il couvre en particulier tous les accouchements à domicile (44%, n=695) et tous les accouchements assistés par sage-femme en maison de naissance (10%, n=155).

Trois quarts des femmes qui ont choisi d'accoucher avec leur sage-femme à domicile ou dans une maison de naissance étaient multipares. Moins d'un quart des accouchements menés par une sage-femme à domicile ou dans une maison de naissance étaient des primipares (voir tableau 13).

TABLEAU 13 ACCOUCHEMENTS EXTRAHOSPITALIERS PAR SAGE-FEMME : GRAVIDITÉ

	POURCENTAGE	TOTAL (N=851)
PRIMI	23%	193
MULTI	77%	658

Dans la majorité des cas, on a enregistré une rupture spontanée des membranes (85%, n=725); dans 2% (n=18), une rupture prématurée des membranes et dans 6% (n=52), une rupture artificielle. Dans 1% (n=10) des accouchements dirigés par sage-femme, les bébés sont nés dans les membranes et 2% (n=18) n'ont pas été renseignés (voir tableau 14).

L'auscultation intermittente avec doptone est le premier choix pour la surveillance du rythme cardiaque fœtal en extrahospitalier (87%, 742). L'auscultation intermittente avec CTG a été utilisée dans une moindre mesure (8%, n=65). Pour 29 accouchements (3%), le travail était tellement rapide qu'il n'y a pas eu le temps d'écouter le rythme cardiaque fœtal.

Les femmes ont principalement choisi d'accoucher en position verticale. La position d'accouchement la plus fréquemment choisie était celle à quatre pattes (43%, n=364). Les positions d'accouchement "accroupie" (9%, n=74), "assise sur un tabouret" (10%, n=85) et "couchée sur le côté" (9%, n=75) ont également été fréquemment choisies. Près de la moitié des femmes ont choisi d'accoucher dans l'eau (43%, n=367), 12% (n=105) ayant choisi d'accoucher en position allongée dans la baignoire.

TABLEAU 14 ACCOUCHEMENTS EXTRAHOSPITALIERS PAR SAGE-FEMME : INTRAPARTUM

		POURCENTAGE	TOTAAL (N=851)
RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX			
	RAPE ⁸	6%	52
	RPPE ⁹	2%	18
	RSPE ¹⁰	85%	725
	Naissance "coiffée"	1%	10
	Inconnu	2%	18
SURVEILLANCE FOETALE			
	Doptone intermittent	87%	742

⁸ Rupture artificielle de la poche des eaux

⁹ Rupture prématurée de la poche des eaux

¹⁰ Rupture spontanée de la poche des eaux

	CTG intermittente	8%	65
	CTG intermittente, doptone	1,2%	10
	CTG intermittente, CTG continue	0,1%	1
	CTG continue	0,5%	4
	Pas (bébé né trop vite)	3%	29
POSITION D'ACCOUCHEMENT			
	Tabouret d'accouchement	1%	10
	Tabouret d'accouchement, quatre pattes	0,2%	2
	Semi-assise : dans le lit, fauteuil, sur le sol	1%	5
	Quatre pattes	43%	364
	Accroupie	9%	74
	Accroupie, quatre pattes	0,1%	1
	Assise en tabouret	10%	85
	Couchée dans le bain	12%	105
	Couchée dans la douche	0,1%	1
	Lithotomie dans les étrières	0,1%	1
	Lithotomie sans étrières	8%	67
	Debout	5%	41
	Couchée sur le côté	9%	75
	Assise dans le bain	0,1%	1
	Assise sur la toilette	1%	5
	Inconnu	2%	14
ACCOUCHEMENT DANS L'EAU	Oui	43%	367
	Non	57%	484

La majorité des accouchements par sage-femme à domicile ou en maison de naissance n'ont pas entraîné de déchirure du périnée (41%, n=346 - voir tableau 15). Lorsque des déchirures périnéales se sont néanmoins produites, il s'agissait principalement de déchirures légères : 8% (n=64) ont présenté des éraillures, 27% (n=288) une déchirure du premier degré et 20% (n=168) une déchirure du second degré. Dans seul 1 % (n=12) des accouchements, on a pratiqué une épisiotomie. La suture n'a pas été nécessaire dans 60 % des accouchements. Lorsqu'elle s'est avérée nécessaire, elle a été effectuée par la sage-femme dans 84% (n=288) des cas

TABLEAU 15 ACCOUCHEMENTS EXTRAHOSPITALIERS PAR SAGE-FEMME : PÉRINÉE

	POURCENTAGE	TOTAL (N= 851)
PÉRINÉE		

	Intact	41%	346
	Intact, brèche vaginale	0,1%	1
	Intact, déchirure interne muqueuse droite	0,1%	1
	Intact, éraillures	2%	20
	Eraillures	8%	64
	1 ^e degré ¹¹	27%	228
	2 ^e degré ¹²	20%	168
	3 ^e degré ¹³	1%	8
	4 ^e degré ¹⁴	0,1%	1
	Episiotomie	1%	12
	Inconnu	0,2%	2
SUTURE			
	Non nécessaire	60%	510
	Nécessaire	40%	341
SUTURÉ PAR :			
	Sage-femme	84%	288
	Gynécologue	3%	23
	Médecin généraliste	3%	27
	Inconnu	0,4%	3

Dans 88% (n=746) des accouchements extrahospitaliers par sage-femme (voir tableau 16), la délivrance a été spontanée. Dans 6% (n=47), il a été opté pour une gestion active avec administration immédiate d'ocytocine. Dans la majorité des accouchements, les pertes de sang ont été estimées à moins de 500 ml (84%, n= 713). Lors de 111 accouchements (13%), les pertes de sang étaient comprises entre 500 et 1.000 ml et lors de 15 accouchements (1%), les pertes de sang étaient estimées à plus de 1 000 ml.

Sur les 851 accouchements autonomes à domicile ou en maison de naissance par sage-femme, 3% (n=24) ont été transférés pour des raisons maternelles : 3 fois (0,4%) pour rétention placentaire, 9 fois (1,1%) pour hémorragie du post-partum et 5 fois (0,6%) pour suture par le gynécologue. Moins d'un pour cent (n=7) ont été transférés pour d'autres motifs.

Environ trois quarts (72%, n=615) des femmes enceintes qui ont accouché à domicile ou dans une maison de naissance sous la supervision de la sage-femme ont eu un test négatif pour le streptocoque du groupe B (SGB). Dix pour cent (n=88) ont eu un prélèvement positif au SGB, dont 30 % (n=26) ont reçu des antibiotiques pendant le travail. Cent quarante-huit femmes (17 %) ont eu un prélèvement de SGB inconnu. Aucune infection néonatale due au SGB n'a été enregistrée.

¹¹ Déchirure du 1er degré : déchirure peu profonde de la peau du périnée (Queensland Health, 2021).

¹² Déchirure du 2^e degré: déchirure de la peau et des muscles du périnée. Ces déchirures guérissent mieux lorsqu'elles sont suturées (Queensland Health, 2021).

¹³ Déchirure du 3^e degré: déchirure des muscles périméaux jusqu'au muscle annulaire formant l'anus (sphincter anal) (Queensland Health, 2021).

¹⁴ Déchirure du 4^e degré : traversant le sphincter anal jusqu'à l'anus (Queensland Health, 2021).

TABLEAU 16 ACCOUCHEMENTS EXTRAHOSPITALIERS PAR SAGE-FEMME : POSTNATAL

		POURCENTAGE	TOTAL (N=851)
PHASE PLACENTAIRE			
	Spontanée	88%	746
	Spontanée suivie par gestion active	6%	49
	Gestion active	6%	47
	Révision manuelle	1%	7
	Inconnu	0,2%	2
PERTES DE SANG			
	< 500 ml	84%	713
	500 – 1 000 ml	13%	111
	>1 000 ml	2%	15
	Inconnu	0,1%	1
TRANSFERT POSTNATAL: MATERNEL			
	Pas de transfert	97%	827
	Transfert maternel	3%	24
MOTIF DU TRANSFERT MATERNEL			
	Rétention placentaire	0,4%	3
	Hémorragie postpartum	1,1%	9
	Suture par gynécologue	0,6%	5
	Autre	0,7%	7
SGB DIAGNOSTIC/PROPHYLAXIE			
	Négatif	72%	615
	Positif	10%	88
	Inconnu	17%	148

DONNÉES NÉONATALES DANS LES ACCOUCHEMENTS PAR SAGE-FEMME: EXTRAHOSPITALIER
(N=851)

DOMICILE ET MAISON DE NAISSANCE

Les garçons (51%, n= 436) étaient légèrement plus nombreux que les filles (49%, n=414) (voir tableau 17). Le poids moyen à la naissance pour tous les accouchements extrahospitaliers était de 3 638 grammes, avec une fourchette allant de 2 280 grammes à 5 080 grammes. Le poids moyen à la naissance pour tous les accouchements à domicile était de 3 579 grammes et pour tous les accouchements en maison de naissance de 3 456 grammes. La quasi-totalité des nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 2 500 et 4 500 grammes (97%, n=833). Trois nouveau-nés (0,4 %) avaient un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes et 12 nouveau-nés (1,4 %) avaient un poids de naissance supérieur à 4 500 grammes.

Presque tous les nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 après une minute (95%, n=805), 41 nouveau-nés (5%) avaient un score d'Apgar inférieur à 7 après une minute. Cinq minutes après la naissance, 98% (n=837) des nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 et 1,2% (n=10) un score d'Apgar inférieur à 7.

Au total, 35 nouveau-nés (4 %) ont dû être réanimés. Deux pour cent (n=24) des nouveau-nés ont bénéficié de 5 insufflations, 0,1 % (n=1) d'une ventilation et de compressions thoraciques, 0,2 % (n=2) d'une insufflation suivie d'un rétablissement spontané et 1 % (n=8) d'une stimulation tactile suivie d'un rétablissement spontané. Sept nouveau-nés (0,8 %) ont été transférés en néonatalogie pour un suivi ultérieur.

TABLEAU 17 CARACTÉRISTIQUES NÉONATALES DES ACCOUCHEMENTS EXTRAHOSPITALIER PAR SAGE-FEMME

	POURCENTAGE	TOTAL (N=851)
SEXE		
FILLE	49%	414
GARÇON	51%	436
POIDS		
<2500 G	0,4%	3
2500 – 3500 G	44%	378
3500 – 4500 G	53%	455
>4500 G	1,4%	12
INCONNU	0,4%	3
APGAR		
APRÈS 1 MINUTE		
< 7 APRÈS 1'	5%	41
≥ 7 APRÈS 1'	95%	805
INCONNU	1%	5
APRÈS 5 MINUTES		
< 7 APRÈS 5'	1%	10
≥ 7 APRÈS 5'	98%	837
INCONNU	0,5%	4

RÉANIMATION	4%	35
TRANSFERT EN NÉONATOLOGIE	0,8%	7

ACCOUCHEMENTS AUTONOMES PAR SAGE-FEMME EN INTRAHOSPITALIER : *HÔPITAL ET UNITÉ SAGE-FEMME INTRAHOSPITALIÈRE (N=460)*

Sur les 1.311 accouchements autonomes par sages-femmes de ce rapport, 460 accouchements (35%) ont eu lieu en intrahospitalier. Dans 278 cas (60%), l'accouchement a été dirigé par une sage-femme de première ligne en plateau technique. Les 40% restants (n=182) des accouchements ont eu lieu dans une unité sage-femme.

Plus de 60% (n=296) des femmes qui ont choisi d'accoucher avec leur sage-femme en plateau technique hospitalier ou dans une unité sage-femme étaient multipares. Environ un tiers (36% ou n=165) des accouchements dirigés par sage-femme à l'hôpital concernait des primipares (voir tableau 18).

TABLEAU 18 ACCOUCHEMENTS PAR SAGE-FEMME INTRAHOSPITALIERS: GRAVIDITÉ

	POURCENTAGE	TOTAL (N=460)
PRIMI	36%	165
MULTI	64%	295

Dans la majorité des cas, les membranes se sont rompues spontanément (80%, n=369); dans 2% (n=7), la rupture a été prématurée et dans 10% (n=46), artificielle. Deux bébés (0,4 %) sont nés dans leur poche et les données sont manquantes pour 8 % (n=36) (voir tableau 19).

Pour la surveillance du rythme cardiaque fœtal en intrahospitalier, l'auscultation intermittente avec CTG a été choisie dans plus de la moitié des accouchements (58%, n= 267). En outre, la CTG intermittente a été utilisée de différentes manières, comme la CTG + doptone (15%, n=69) et la CTG intermittente suivie de CTG continue (4%, n=19). L'auscultation intermittente avec doptone a été utilisée dans une moindre mesure (13%, n=61). Trois accouchements (0,6 %) ont également utilisé le monitoring STAN pour la surveillance du rythme cardiaque fœtal.

Les femmes ont principalement choisi d'accoucher en position verticale. La position d'accouchement la plus fréquemment choisie était celle à quatre pattes (36%, n=164). Les positions d'accouchement "couchée sur le côté" (16%, n=72), "assise en tabouret" (13%, n=59) et "debout" (4%, n= 19) ont également été fréquemment choisies. Un peu moins de la moitié des femmes ont choisi d'accoucher dans une baignoire (41%, n=187) et 8% (n=36) ont choisi d'accoucher en position allongée dans la baignoire.

TABLEAU 19 ACCOUCHEMENTS PAR SAGE-FEMME INTRAHOSPITALIERS: INTRAPARTUM

		POURCENTAGE	TOTAL (N=460)
RUPTURE DES MEMBRANES			
	RAPE ¹⁵	10%	46

¹⁵ Rupture artificielle de la poche des eaux

	RPPE ¹⁶	2%	7
	RSPE ¹⁷	80%	369
	Naissance "coiffée"	0,4%	2
	Inconnu	8%	36
SURVEILLANCE FOETALE			
	Doptone intermittent	13%	61
	CTG intermittente	58%	267
	CTG intermittente, doptone	15%	69
	CTG intermittente, CTG continue	4%	19
	CTG continue, CTG + doptone	2%	7
	CTG continue	6%	26
	Doptone intermittente, CTG continue	2%	7
	Doptone intermittent , CTG continue, STAN	0,2%	1
	Doptone intermittent , STAN	0,4%	2
	Pas (bébé né trop rapidement)	0,2%	1
POSITION D'ACCOUCHEMENT			
	Tabouret d'accouchement	0,4%	2
	Tabouret d'accouchement, quatre pattes	0,2%	1
	Semi-assise : dans le lit, fauteuil, sur le sol	36%	164
	Quatre pattes	0,2%	1
	Accroupie	3%	14
	Accroupie, quatre pattes	0,4%	2
	Assise en tabouret	13%	59
	Couchée dans le bain	8%	36
	Couchée dans la douche	0,7%	3
	Lithotomie dans les étriers	11%	50
	Lithotomie sans étriers	7%	30
	Debout	4%	19
	Couchée sur le côté	16%	72
	Assise dans le bain	1,5%	7

¹⁶ Rupture prématurée de la poche des eaux

¹⁷ Rupture spontanée de la poche des eaux

ACCOUCHEMENT DANS L'EAU	Oui	41%	187
	Non	59%	273

Parmi tous les accouchements par sage-femme en plateau technique ou en unité sage-femme, 30% (n=140) n'ont pas présenté de déchirure du périnée (voir tableau 20). En cas de déchirures, celles-ci étaient peu importantes : 4% (n=20) d'éraillures labiales, 7% (n=34) d'éraillures, 30% (n=138) de déchirures du premier degré et 23% (n=105) de déchirures du second degré. Une épisiotomie n'a été pratiquée que dans 1 % (n=5) des accouchements. La suture n'a pas été nécessaire dans 42% des accouchements. En cas de suture, 80 % (n=214) ont été réalisées par la sage-femme et 11 % (n=51) par le gynécologue.

TABLEAU 20 ACCOUCHEMENTS PAR SAGE-FEMME INTRAHOSPITALIERS: PÉRINÉE

		POURCENTAGE	TOTAL (N= 460)
PÉRINÉE			
	Intact	30%	140
	Intact, brèche vaginale	0,2%	1
	Intact, brèche vaginale, éraillure lèvre gauche	0,2%	1
	Intact, brèche vaginale (petite)	0,2%	1
	Intact, lèvres	1%	3
	Intact, lèvres, brèche vaginale	0,2%	1
	Eraillures	7%	34
	Lèvres	4%	20
	1 ^{er} degré ¹⁸	30%	138
	2 ^e degré ¹⁹	23%	105
	3 ^e degré ²⁰	2%	9
	4 ^e degré ²¹	0,2%	1
	Episiotomie	1%	5
	Inconnu	0,2%	1
SUTURE PÉRINÉE			
	Inutile	42%	194
	Suture	58%	266
SUTURÉ PAR:			
	Sage-femme	80%	214
	Gynécologue	11%	51

¹⁸ Déchirure du 1er degré : déchirure peu profonde de la peau du périnée (Queensland Health, 2021).

¹⁹ Déchirure du 2^e degré: déchirure de la peau et des muscles du périnée. Ces déchirures guérissent mieux lorsqu'elles sont suturées (Queensland Health, 2021)

²⁰ Déchirure du 3^e degré: déchirure des muscles périméaux jusqu'au muscle annulaire formant l'anus (sphincter anal) (Queensland Health, 2021).

²¹ Déchirure du 4^e degré : traversant le sphincter anal jusqu'à l'anus (Queensland Health, 2021).

	Médecin généraliste	0,4%	1
--	---------------------	------	---

Dans la majorité des accouchements, la délivrance a été spontanée (74%, n=342) (voir tableau 21). Dans 15% (n=70), il a été opté pour une gestion active, c'est-à-dire l'administration immédiate d'ocytocine. Dans la majorité des accouchements, les pertes de sang ont été estimées à moins de 500 ml (87%, n=400). Lors de 37 accouchements (8%), les pertes de sang étaient comprises entre 500 et 1 000 ml et lors de 23 accouchements (5%), les pertes de sang étaient estimées à plus de 1 000 ml.

Sur les 460 accouchements autonomes par sage-femme en plateau technique, 6% (n=29) ont été référés pour des raisons maternelles : 10 femmes (2,17%) pour hémorragie du post-partum, sept femmes (1,52%) pour rétention placentaire, 10 femmes (2,17%) pour suture par gynécologue et deux femmes (0,43%) pour d'autres raisons.

Plus des trois quarts (79%, n=364) des femmes enceintes qui ont accouché à l'hôpital sous la responsabilité d'une sage-femme de première ligne avaient été testées négatives au streptocoque du groupe B (SGB). Quinze pour cent (n=70) ont eu un test de dépistage du SGB positif, dont 71% (n=50) ont reçu des antibiotiques pendant le travail. Vingt-six femmes (6 %) ont eu un prélèvement inconnu de SGB, dont 12 % (n=3) ont reçu des antibiotiques pendant l'accouchement. Aucune infection néonatale due au SGB n'a été enregistrée.

TABLEAU 21 ACCOUCHEMENTS PAR SAGE-FEMME INTRAHOSPITALIERS: POSTNATAL

		POURCENTAGE	TOTAL (N=460)
PHASE PLACENTAIRE			
	Spontané	74%	342
	Spontané suivi de gestion active	6%	29
	Gestion active	15%	70
	Révision manuelle	4%	17
	Inconnu	0,4%	2
PERTES DE SANG			
	< 500 ml	87%	400
	500 – 1 000 ml	8%	37
	>1 000 ml	5%	23
TRANSFERT POSTNATAL : MATERNEL			
	Pas de transfert	94%	431
	Transfert maternel	6%	29
MOTIF DE TRANSFERT MATERNEL			
	Rétention placentaire	1,52%	7
	Hémorragie du postpartum	2,17%	10
	Suture par gynécologue	2,17%	10
	Autre	0,43%	2

DIAGNOSTIC/ PROPHYLAXIE SGB			
	Négatif	79%	364
	Positif	15%	70
	Inconnu	6%	96

DONNÉES NÉONATALES POUR LES ACCOUCHEMENTS PAR SAGE-FEMME INTRAHOSPITALIERS
(N=460)

HÔPITAL ET UNITÉ SAGE-FEMME INTRAHOSPITALIÈRE

Les naissances de filles (51%, n=235) sont légèrement supérieures à celles des garçons (49%, n=225) (voir tableau 22). En plateau technique, le poids moyen à la naissance était de 3 522 grammes, avec une fourchette allant de 2 455 grammes à 4 760 grammes. Pour tous les accouchements en unité sage-femme femme, il était de 3 499 grammes, avec une fourchette allant de 2 370 grammes à 4 760 grammes. Presque tous les nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 2 500 et 4 500 grammes (97,4 %, n=448). Trois nouveau-nés (1 %) avaient un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes et huit nouveau-nés (2 %) avaient un poids de naissance supérieur à 4 500 grammes.

Presque tous les nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 après une minute (96%, n=442), 18 nouveau-nés (4%) avaient un score d'Apgar inférieur à 7 après une minute. Cinq minutes après la naissance, 99,6 % (n=458) des nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 et 0,4 % (n=2) un score d'Apgar inférieur à 7.

Au total, 13 nouveau-nés (3 %) ont dû être réanimés. Trois nouveau-nés (0,7 %) ont reçu 5 insufflations, deux nouveau-nés (0,4 %) ont reçu 5 insufflation, une ventilation et une pression expiratoire positive terminale (PEEP) (pression positive continue), quatre nouveau-nés (1 %) ont reçu une stimulation tactile suivie d'une récupération spontanée et les données manquent pour quatre d'entre eux.

TABEAU 22 CARACTÉRISTIQUES NÉONATALES ACCOUCHEMENTS PAR SAGE-FEMME EN INTRAHOSPITALIER

	POURCENTAGE	TOTAL (N=460)
SEXE		
FILLE	51%	235
GARÇON	49%	225
POIDS		
<2500 G	1%	3
2500 – 3500 G	47%	214
3500 – 4500 G	51%	234
>4500 G	2%	8
INCONNU	0,2%	1
APGAR		
APRÈS 1 MINUTE		
≥ 7 APRÈS 1'	96%	442
< 7 APRÈS 1'	4%	18
APRÈS 5 MINUTES		
≥ 7 APRÈS 5'	99,6%	458
< 7 APRÈS 5'	0,4%	2
RÉANIMATION	3%	13
TRANSFERT EN NÉONATOLOGIE	0,4%	3

ACCOUCHEMENTS TRANSFÉRÉS EN INTRAPARTUM (N=276)

En 2021, 1 587 accouchements ont démarré en première ligne sous la responsabilité d'une sage-femme. Parmi ces femmes, 83 % (n=1 311) ont effectivement accouché sous la responsabilité de la sage-femme. Dix-sept pour cent, soit 276 accouchements, ont été transférés en deuxième ligne, après quoi le gynécologue a repris la responsabilité de la sage-femme. Ce chapitre examine de plus près ces accouchements transférés.

Près des trois quarts des transferts intrapartum concernaient des femmes primipares (72%, n= 199). Presque toutes étaient entre 37 et 42 semaines de grossesse (99%, n=273). La majorité des transferts concernaient des bébés en position occipitale (90%, n=250). Dans deux cas (1%), la tête était en position transverse, dans trois (1%) en sinciput, dans six cas (2%), le bébé était asynclite et enfin, un bébé en présentation par le siège (0,4%) (voir tableau 23).

TABLEAU 23 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES TRANSFERTS INTRAPARTUM

		POURCENTAGE	TOTAL (N=276)
GRAVIDITÉ	Primipare	72%	199
	Multipare	28%	77
DURÉE DE LA GROSSESSE	37-42 semaines	99%	273
	Inconnu	1%	3
POSITION BÉBÉ	Occiput antérieur	50%	139
	Occiput postérieur	15%	42
	Occiput	25%	69
	Transverse	1%	2
	Sinciput	1%	3
	Asynclitisme	2%	6
	Siège	0,4%	1
	Inconnu	5%	14

Comme le montre le tableau 24, 39% (n=108) des accouchements ont été transférés pour cause de stagnation: principalement pour non-progression de la dilatation (69%, n=74) et dans une moindre mesure pour non-progression de l'expulsion (31%, n=34). Dix-neuf femmes (7 %) ont été transférées pour raison urgente: principalement pour souffrance fœtale (58%, n=11), mais aussi pour hémorragie, (21%, n=4), hypertension sévère (5%, n=1) et de perte de sang douloureuse au niveau du placenta (5%, n=1). La majorité des cas ont été transférés pour d'autres raisons, le besoin d'analgésie étant le motif principal de transfert (59%, n=83). D'autres patientes ont été transférées pour liquide amniotique méconial (17%, n=24), rupture prolongée des membranes (9%, n=12), rythme cardiaque fœtal anormal (7%, n=10) et anomalie de la position du bébé (4%, n=5).

TABLEAU 24 MOTIFS DE TRANSFERT INTRAPARTUM

	POURCENTAGE	TOTAL (N=276)
STAGNATION	39%	108

	Stagnation de la dilatation ²²	69%	74
	Stagnation de l'expulsion ²³	31%	34
URGENCE		7%	19
	Pertes de sang	21%	4
	Souffrance foetale	58%	11
	Augmentation de la tension artérielle	5%	1
	Douleur hémorragique au niveau du placenta	5%	1
AUTRES MOTIFS		51%	140
	Analgésie	59%	83
	Liquide amniotique méconial	17%	24
	Rythme foetal anormal	7%	10
	Rupture prolongée de la poche des eaux	9%	12
	Position anormale du bébé	4%	5
	Epuisement maternel	2%	3
	Besoin d'analgésie, contractions non efficaces, stagnation de la dilatation	1%	1
	Hyperthermie maternelle, tachycardie, observation d'un anneau de Bandl pendant la césarienne	1%	1
	Choix maternel pour ventouse	1%	1
INCONNU		3%	9

Dans plus de la moitié des transferts, la poche des eaux s'était rompue de façon spontanée (54%, n=149), dans 7% (n=19), de façon prématurée, et dans 31% de cas (n=86), elle a été rompue artificiellement par la sage-femme ou le gynécologue. Les informations manquent pour 8% (n=22) (voir tableau 25).

²² Stagnation de la dilatation : non-évolution de la dilatation pendant quatre heures à partir de 6 cm.

²³ Stagnation de la dilatation : une phase d'expulsion active de plus de deux heures chez une primipare et plus d'une heure chez une multipare.

Après transfert, le rythme cardiaque foetal a été surveillé par CTG continue dans 41% (n=112), dans quatre accouchements (1%) en combinaison avec la surveillance STAN, dans 12% (n=33) en combinaison avec l'auscultation intermittente avec doptone. L'auscultation intermittente avec CTG a été utilisée dans 5 % (n=14) des accouchements. L'auscultation intermittente avec CTG a également été utilisée en combinaison avec la CTG continue (5%, n=14) et la CTG continue & STAN (0,4%, n=1). Dans 22 % des cas (n=60), le rythme cardiaque foetal a été surveillé en combinant l'auscultation intermittente avec la CTG et l'auscultation intermittente avec doptone. Cette combinaison a également été associée à la CTG continue (7 %, n=19), au monitoring par STAN (0,4 %, n=1) ou à la CTG continue et au STAN (1 %, n=4). Le monitoring par STAN a été utilisé seul dans 1% (n=3) des accouchements et dans 2% (n=6), les données relatives à la surveillance cardiaque foetale sont absentes.

Après transfert, 65% (n=181) des femmes ont accouché sur le dos. Sept pour cent (n=18) ont accouché couchées sur le côté. Quatre pour cent des femmes (n=12) ont opté pour une position d'accouchement "à quatre pattes", 1% (n=2) pour une position "accroupie" et 1% (n=4) pour une position "assise en tabouret". Différentes combinaisons de postures ont également été enregistrées.

La majorité des femmes transférées en intrapartum présentaient un test négatif pour le streptocoque du groupe B (SGB). Onze pour cent (n=31) avaient un prélèvement de SGB positif et 9% (n=26) avaient un prélèvement de SGB inconnu. Il n'a pas été demandé si des antibiotiques intrapartum ont été administrés aux femmes ayant un frottis positif ou inconnu pour le SGB après avoir été transférées.

TABLEAU 25 TRANSFERTS INTRAPARTUM

		POURCENTAGE	TOTAAL (N=276)
RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX			
	RAPE ²⁴	31%	86
	RPPE ²⁵	7%	19
	RSPE ²⁶	54%	149
	Inconnu	8%	22
SURVEILLANCE FOETALE			
	CTG continue	41%	112
	CTG continue, STAN	1%	4
	CTG + doptone	22%	60
	CTG + doptone, CTG continue	7%	19
	CTG + doptone, CTG continue, STAN	1%	4
	CTG + doptone, STAN	0,4%	1
	CTG intermittente	5%	14
	CTG intermittente, CTG continue	5%	14
	CTG intermittente, CTG continue, STAN	0,4%	1

²⁴ Rupture artificielle de la poche des eaux

²⁵ Rupture prématurée de la poche des eaux

²⁶ Rupture spontanée de la poche des eaux

	Doptone intermittent	1%	4
	Doptone intermittent, CTG continue	12%	33
	Doptone intermittent, STAN	0,4%	1
	STAN	1%	3
	Inconnu	2%	6
POSITION D'ACCOUCHEMENT			
	Lithotomie avec étriers	30%	83
	Lithotomie sans étriers	17%	47
	Lithotomie	18%	51
	Décubitus latéral	7%	18
	Quatre pattes	4%	12
	Quatre pattes, lithotomie sans étriers	0,4%	1
	Quatre pattes, lithotomie avec étriers	0,4%	1
	Accroupie	1%	2
	Accroupie, lithotomie sans étriers	0,4%	1
	Accroupie, décubitus latéral, sans étriers	0,4%	1
	Accroupie, quatre pattes, décubitus latéral, lithotomie sans étriers	0,4%	1
	Assise-tabouret	1%	4
	Assise-tabouret, accroupie, quatre pattes, lithotomie sans étriers	0,4%	1
	Debout, assise-tabouret, couchée dans le bain	0,4%	1
	Couchée dans le bain	1%	2
	Non applicable (césarienne)	13%	37
	Inconnu	5%	13
DIAGNOSTIC/PROPHYLAXIE SGB			
	Négatif	79%	364
	Positif	15%	70
	Inconnu	6%	96

Comme le montre le tableau 26, plus de la moitié des femmes ont accouché spontanément après avoir été transférées (54%, n=150). Chez 10 femmes (4%), on a exercé une pression sur le fond utérin (manœuvre de Kristeller). Plus d'un quart des femmes transférées (26%, n=73) ont eu un

accouchement instrumenté, dont 94% (n=69) par ventouse, 4% (n=3) par ventouse kiwi et 1% (n=1) par forceps. Après transfert, 14% (n=38) des femmes ont accouché par césarienne. Dans 3 % (n=7) des cas, les données sont manquantes. Parmi toutes les femmes ayant accouché spontanément après transfert, 1% (n=2) ont accouché dans le bain.

TABEL 26 TRANSFERTS INTRAPARTUM: PHASE D'EXPULSION

		POURCENTAGE	TOTAAL (N=276)
ACCOUCHEMENT APRÈS TRANSFERT	Spontané	54%	150
	Kristeller	4%	10
	Instrumentation	26%	73
	Césarienne	14%	38
	Inconnu	2%	5
ACCOUCHEMENT DANS LE BAIN	Oui	1%	2
	Non	83%	230
	Non applicable (césarienne)	13%	37
	Inconnu	3%	7

Sur l'ensemble des femmes transférées, 9% (n=25) avaient un périnée intact (voir tableau 27). Dans 47,8% (n=131), il y avait une légère déchirure du périnée, 2,4% (n=6) présentaient des éraillures labiales, 4% (n=11) des éraillures, 0,4% (n=1) une brèche vaginale, 22% (n=61) une déchirure du 1er degré et 19% (n=52) une déchirure du second degré. Une épisiotomie a été pratiquée dans un quart de tous les accouchements transférés (25%, n=70).

Si l'on considère la phase placentaire, 42% (117) des accouchements ont fait l'objet d'une gestion active avec administration immédiate d'ocytocine. Pour environ un tiers (36% ou n=99), la délivrance a été spontanée. Dans quatre accouchements (1 %), la gestion expectante a été suivie d'une gestion active. Une révision manuelle a été effectuée dans cinq accouchements (2%), et aucune information n'est connue sur le déroulement de la phase placentaire dans 5% (n=13). Dans la majorité des cas, les pertes de sang ont été estimées à moins de 500 ml (71%, n=195). Pour 37 accouchements (13%), les pertes de sang ont été estimées entre 500 et 1.000 ml et pour 11 accouchements (4%), les pertes de sang ont été estimées à plus de 1.000 ml. Dans 12% des cas (n=33), les informations sur les pertes de sang post-partum étaient manquantes.

TABLEAU 27 TRANSFERTS INTRAPARTUM: POSTNATAL

		POURCENTAGE	TOTAL (N=276)
PÉRINÉE	Intact	9%	25
	Intact, lèvres	0,4%	1
	Lèvres	2%	5
	Brèche	0,4%	1
	Eraillures (petites)	4%	11

	1 ^{er} degré ²⁷	22%	61
	2 ^e degré ²⁸	19%	52
	3 ^e degré ²⁹	3%	7
	Épisiotomie	25%	70
	Inconnu	2%	5
	N/A (césarienne)	14%	38
PHASE PLACENTAIRE			
	Spontanée	36%	99
	Spontanée suivie par gestion active	1%	4
	Gestion active	42%	117
	Révision manuelle	2%	5
	Inconnu	5%	13
	N/A (césarienne)	14%	38
PERTES DE SANG			
	< 500 ml	71%	195
	500 – 1000 ml	13%	37
	>1000 ml	4%	11
	Inconnu	12%	33

²⁷ Déchirure du 1^{er} degré : déchirure peu profonde de la peau du périnée (Queensland Health, 2021).

²⁸ Déchirure du 2^e degré: déchirure de la peau et des muscles du périnée. Ces déchirures guérissent mieux lorsqu'elles sont suturées (Queensland Health, 2021)

²⁹ Déchirure du 3^e degré: déchirure des muscles périméaux jusqu'au muscle annulaire formant l'anus (sphincter anal) (Queensland Health, 2021).

DONNÉES NÉONATALES POUR LES TRANSFERTS INTRAPARTUM : (N=276)

Le nombre de garçons (55%, n=152) était légèrement supérieur à celui des filles (45%, n=124). Le poids moyen à la naissance pour tous les transferts intrapartum était de 3 472 grammes, avec une fourchette allant de 2 375 grammes à 4 650 grammes. La quasi-totalité des nouveau-nés avaient un poids de naissance compris entre 2 500 et 4 500 grammes (96%, n=264). Quatre nouveau-nés (1 %) avaient un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes et trois nouveau-nés (1 %) avaient un poids de naissance supérieur à 4 500 grammes.

La majorité des nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur ou égal à 7 après une minute (88%, n=242), 25 nouveau-nés (9%) avaient un score d'Apgar inférieur à 7 après une minute et pour neuf nouveau-nés (3%), le score d'Apgar après une minute n'était pas connu. Cinq minutes après la naissance, 95 % (n=261) des nouveau-nés avaient un score d'Apgar de 7 ou plus, 2 % (n=6) avaient un score d'Apgar inférieur à 7 et 3 % (n=9) n'avaient pas de score d'Apgar après cinq minutes.

Au total, neuf nouveau-nés (7 %) ont dû être réanimés. Neuf nouveau-nés (3,44 %) ont reçu 5 insufflations, deux nouveau-nés (1 %) ont reçu une ventilation, un nouveau-né (0,36 %) une pression expiratoire positive terminale (PEEP) une pression positive continue (PPC), un nouveau-né (0,36 %) une stimulation tactile et pour six nouveau-nés (2 %), le type de réanimation est inconnu.

TABEAU 28 CARACTÉRISTIQUES NÉONATALES DES TRANSFERTS INTRAPARTUM

	POURCENTAGE	TOTAL (N=276)
SEXE		
FILLE	45%	124
GARÇON	55%	152
POIDS		
<2500 G	1%	4
2500 – 3500 G	54%	149
3500 – 4500 G	42%	115
>4500 G	1%	3
INCONNU	2%	5
APGAR		
APRÈS 1 MINUTE		
≥ 7 APRÈS 1'	88%	242
< 7 APRÈS 1'	9%	25
INCONNU	3%	9
APRÈS 5 MINUTES		
≥ 7 APRÈS 5'	95%	261
< 7 APRÈS 5'	2%	6
INCONNU	3%	9
RÉANIMATION	7%	9

DISCUSSION

Aujourd'hui, la plupart des sages-femmes sont employées en deuxième ligne où leur autonomie est limitée (Vermeulen et al., 2021). C'est aussi l'image de la sage-femme la plus répandue dans la société. Ce deuxième rapport annuel attire dès lors une nouvelle fois l'attention, grâce à des données pertinentes, sur le travail et le suivi des sages-femmes de première ligne pendant le travail et l'accouchement. Le rapport annuel vise en outre à remédier à la sous-déclaration du travail des sages-femmes de première ligne. Ce rapport améliore par ailleurs la transparence quant au nombre d'accouchements à domicile en Flandre, à Bruxelles et, dans une moindre mesure, en Wallonie. Enfin, il fournit pour la première fois un aperçu du nombre d'accouchements par sage-femme au sein d'une unité sage-femme en Belgique.

Ce deuxième rapport annuel sur les soins autonomes prodigués par sage-femme pendant le travail et l'accouchement présente en outre plusieurs réflexions et observations critiques.

En cas de césarienne dans l'anamnèse, la grossesse n'est plus considérée comme étant à bas risque (notamment en raison de l'utérus cicatriciel) et il est conseillé de transférer la responsabilité à la deuxième ligne (College of midwives of British Columbia, 2008 ; Souter et al., 2019). Cependant, les chiffres montrent que 25 femmes, soit 92,5 % des 27 femmes ayant un utérus cicatriciel, ont accouché par voie vaginale, dont 19 sous la responsabilité d'une sage-femme. Parmi ces accouchements, cinq ont eu lieu à domicile. Les cinq nouveau-nés avaient un score d'Apgar de 9 ou plus après 1 et 5 minutes. Cependant, aucune information ne permet de savoir s'il s'agissait ou non d'un travail impossible à arrêter, qui a progressé à un rythme si rapide qu'il n'a pas été possible d'effectuer un transfert à l'hôpital en temps voulu.

Un âge gestationnel de moins de 37 semaines n'est plus considéré comme une grossesse à bas risque (Mambourg et al., 2011). Nous avons constaté qu'un petit pourcentage de femmes (0,5%, n=8) ont accouché à domicile ou sous la responsabilité d'une sage-femme en plateau technique avant 37 semaines. Il s'agit probablement d'accouchements imprévisibles.

Il est conseillé de dépister les streptocoques du groupe B chez toutes les femmes entre 35 et 37 semaines. Chez les femmes ayant une frottis SGB positif ou en présence d'autres facteurs de risque (grossesse <37 semaines, membranes rompues depuis ≥ 18 heures ou fièvre $\geq 38^\circ\text{C}$), un traitement prophylactique pendant le travail est recommandé. Les femmes avec résultat négatif de moins de cinq semaines précédant l'accouchement n'ont pas besoin de traitement prophylactique, même si l'un des facteurs de risque se présente pendant le travail. (Duodecim Medical Publications, 2019 ; Supreme Health Council, 2003). Dans le rapport annuel sur les soins par sage-femme, l'administration d'antibiotiques n'était pas systématique pendant l'accouchement en cas de résultat positif ou de statut SGB inconnu. Les sages-femmes discutent généralement avec la femme enceinte des avantages et des inconvénients de l'antibioprophylaxie en cas de statut positif ou inconnu du SGB en consultation. Un consentement éclairé est établi avec la femme enceinte/le couple en cas de refus de l'antibioprophylaxie intrapartum pour une SGB positif ou inconnu. La revue Cochrane d'Ohlsson & Shah (2014) a constaté que l'antibioprophylaxie intrapartum pour le SGB, comparée à l'absence de traitement, n'a pas réduit de manière significative la mortalité néonatale causée par le SGB (RR : 0,19 ; 95% BI [0,01-3,82] ; 1 étude ; n=164 nouveau-nés). Cependant, ils ont constaté une réduction significative de l'incidence de l'infection à SGB précoce dans le groupe recevant des antibiotiques intrapartum par rapport au groupe ne recevant aucun traitement (RR : 0,17 ; 95%BI [0,04-0,74] ; 3 études ; n=488). L'incidence de l'infection à SGB tardive n'était pas significativement différente entre les deux groupes (Ohlsson & Shah, 2009). Dans un article publié au Royaume-Uni, Seedat et al.

(2019) affirment que le dépistage systématique du SGB en fin de grossesse n'est pas recommandé, car les inconvénients potentiels d'un traitement antibiotique inutile en intrapartum peuvent potentiellement l'emporter sur les avantages. Bien qu'un faible pourcentage de nouveau-nés de femmes positives au SGB soit infecté, le risque d'infection chez le bébé est faible³⁰. Ainsi, la prophylaxie AB est administrée à un grand nombre de femmes sans que le bébé ne développe d'infection. D'après les données du Royaume-Uni, le résultat serait positivement prédictif d'une infection précoce pour seules deux sur 1000 femmes testées positives au SGB, soit une valeur prédictive positive de 0,2 %. En 2000-2001, 126.159 femmes enceintes ont eu un résultat SGB positif et 205 nouveau-nés ont développé une infection précoce. En d'autres termes, le dépistage aura conduit au traitement antibiotique de 125.954 (99,8 %) parturientes (Seedat et al., 2019). Un chiffre similaire a été observé en 2014-2015. Un SGB positif a été détecté chez 138 933 femmes enceintes, dont 305 nouveau-nés ont effectivement développé une infection précoce. Dans ce cas, le dépistage aura entraîné le traitement antibioprophyllactique de 138 583 femmes (99,75 %) (Seedat et al., 2019). Selon un modèle élaboré par le Comité national de dépistage au Royaume-Uni, le dépistage systématique du SGB a pour conséquence qu'il faut traiter par 1 675 à 1 854 femmes par antibioprophyllaxie intrapartum pour prévenir un cas d'infection à début précoce et 24 065 à 32 087 femmes, pour prévenir un décès dû à une infection précoce à SGB. Les faibles valeurs prédictives positives révèlent le pourcentage élevé de faux positifs, c'est-à-dire de nouveau-nés qui ne développent pas d'infection précoce, et par conséquent, le traitement excessif avec exposition maternelle aux antibiotiques pendant le travail. Or, de nombreuses recherches ont indiqué un impact potentiel de la prophylaxie intrapartum pour SGB sur le microbiote intestinal. Ces modifications seraient associées à des problèmes métaboliques (tels que l'obésité et le diabète), à des problèmes atopiques, inflammatoires et auto-immuns (tels que l'asthme et l'entérocolite nécrosante) et à l'autisme (Seedat et al., 2019). Il est dès lors recommandé de poursuivre les recherches quant aux effets de la prophylaxie SGB.

Enfin, les données ont été collectées par le biais de l'auto-enregistrement. Ainsi, d'une part, il n'est pas question d'une couverture complète des naissances. D'autre part, nous ne pouvons pas non plus exclure que toutes les variables aient été correctement enregistrées. Nous souhaitons dès lors continuer à optimiser l'enregistrement des soins autonomes par sage-femme pendant le travail et l'accouchement, en tenant compte des questions soulevées ci-dessus.

³⁰ Le Royaume-Uni ne recommande ni le dépistage du SGB ni la prophylaxie systématiques.

Comparaison avec l'étranger

Expériences aux Pays-Bas et en Allemagne

Nous avons comparé nos résultats avec des rapports similaires produits à l'étranger. Contrairement à la Belgique, la grande majorité des femmes enceintes aux Pays-Bas entament leur parcours de soins en première ligne. En fonction des facteurs de risque, les femmes sont orientées ou non vers la deuxième ligne. En 2021, 89,8 % des Néerlandaises enceintes nullipares ont entamé leur parcours de soins en première ligne et 10,2 % ont dû être orientées immédiatement vers la deuxième ligne sur indication médicale. Parmi les femmes multipares, 87,9 % ont entamé ce parcours en première ligne et 12,1 % ont dû être orientées immédiatement vers la deuxième ligne. Le tableau 29 montre le flux de soins chez les femmes nullipares aux Pays-Bas en 2021 (Perined, 2022).

Tabel 29: Flux de soins aux Pays-Bas en 2021 : nullipares

	1e ligne	2e ligne
Grossesse	89,8%	10,2%
Début de travail	47,4%	52,6%
Accouchement	17,5%	82,5%

Pendant la grossesse, 47,2% des nullipares initialement suivies en première ligne ont été orientées vers la deuxième ligne. Parmi les 47,4 % de nullipares dont le travail a commencé en première ligne, 63,2 % ont été transférées vers la deuxième ligne en perpartum. Au total, 17,5 % des nullipares ont accouché en première ligne aux Pays-Bas en 2021.

Chez les femmes multipares, les flux de soins étaient partiellement différents de ceux des primipares. Un pourcentage similaire de multipares enceintes ont commencé leurs soins en première ligne (87,9 %). Le tableau 30 résume les flux de soins chez les multipares aux Pays-Bas en 2021.

Tabel 30: Flux de soins aux Pays-Bas en 2021 : multipares

	1e ligne	2e ligne
Grossesse	87,9%	12,1%
Début de travail	45,7%	54,3%
Accouchement	34,9%	65,1%

Pendant la grossesse, 48,0 % des femmes multipares ont été orientées vers des soins de deuxième ligne. Cela signifie que 45,7% des femmes qui ont commencé leurs soins en première ligne ont été prises en charge en deuxième ligne. Pendant l'accouchement, 23,6 % des multipares ont été transférées vers les soins de deuxième ligne. Dans l'ensemble, 34,9% des femmes multipares ont accouché en première ligne. Le pourcentage de transferts intrapartum chez les nullipares néerlandaises était donc plus élevé que chez les multipares. (Perined, 2021) Les motifs de transfert n'étaient pas connus au moment de la rédaction de ce rapport annuel. Dans le présent rapport annuel, nous constatons également que les transferts intrapartum sont plus nombreux chez les nullipares que chez les multipares (72% contre 28%).

En 2021, 17 773 accouchements extrahospitaliers ont été enregistrés en Allemagne, dont 213 non planifiés et 17 530 planifiés (Loytved, 2022). Il s'agissait d'accouchements à domicile ou d'accouchements par sage-femme en maison de naissance. La majorité des femmes (85% ou n=14.900) ont accouché comme prévu avec la sage-femme et 15% (n=2 630) des femmes ont été transférées vers l'hôpital pendant le travail. Le nombre de transferts en Allemagne est similaire au nombre de transferts intrapartum de ce rapport annuel (15% contre 17%). Parmi les femmes transférées, 4,9% (n=859) ont accouché par césarienne et 2,3% (n=410) par instrumentation. Ces pourcentages sont similaires à nos propres chiffres où 2% (n=38) des femmes transférées ont eu une césarienne et 5% (n=73) un accouchement instrumenté. En outre, 35,5 % (n=6 228) des femmes allemandes ayant accouché par voie vaginale ont choisi de le faire à quatre pattes. Dans le présent rapport également, la position d'accouchement à quatre pattes était la position préférée de la plupart des femmes, soit 40 % (n=528). Un périnée intact a été enregistré chez 41,1% (n=7 204) des accouchées (pas de déchirure périnéale ni d'épisiotomie), 2,7% (n=475) ont subi une épisiotomie et 0,9% (n=159) une déchirure du troisième ou du quatrième degré (Loytved, 2022). Là encore, les chiffres allemands sont similaires aux conclusions du présent rapport annuel, avec 37% (n=486) des femmes ayant un périnée intact, 1% (n=17) ayant subi une épisiotomie et 1% (n=17) ayant et 1,4% (n=19) ayant subi une déchirure périnéale du troisième ou du quatrième degré.

Dans l'ensemble, 93,1 % (n=16 321) des nouveau-nés allemands n'ont présenté aucun problème après l'accouchement (à la fois à domicile, en maison de naissance et après transfert à l'hôpital) et ont eu un Apgar de 8 à 10. Presque tous les nouveau-nés (99,22% ou n=17 394) avaient un score d'Apgar de 7 ou plus cinq minutes après l'accouchement (Loytved, 2022). Ces chiffres sont également cohérents avec les résultats du présent rapport annuel, où 98 % (n= 1 556) des nouveau-nés avaient un score d'Apgar de 7 ou plus cinq minutes après l'accouchement.

Monitoring foetal

Ce rapport montre que la surveillance foetale se fait par auscultation intermittente chez la majorité des femmes en travail accompagnées par sage-femme. En dehors de l'hôpital (maison de naissance et accouchements à domicile), elle se fait surtout par doptone (87%, n = 742). En intrahospitalier, il s'agit avant tout de la CTG intermittente (58 %, n = 267). Les directives cliniques internationales et les études scientifiques soulignent qu'il n'existe aucune preuve quant à l'utilisation systématique de la CTG continue pour évaluer le bien-être du fœtus dans les grossesses à bas risque. Elles recommandent donc l'auscultation intermittente avec Doptone ou Pinard pour surveiller le bien-être du fœtus dans les grossesses à bas risque. L'auscultation intermittente permet également de préserver pleinement la liberté de mouvement de la femme pendant le travail et l'accouchement (RANZOG, 2019 ; Queensland Health, 2019 ; Chadraharan et al, 2018 ; DSOG, 2017 ; ACOG, 2021 ; AWHONN, 2018 ; WHO, 2018 ; KCE, 2011 ; ICM, 2017). Les directives de RANZOG (2019), Queensland Health (2019) et NICE (2017) proposent des recommandations concrètes sur la fréquence et la durée de l'auscultation intermittente dans les grossesses à bas risque. Il est recommandé que l'auscultation commence dès la fin d'une contraction et qu'elle se poursuive pendant au moins 30 à 60 secondes après la fin de la contraction. L'auscultation doit être réalisée et documentée toutes les 15-30 minutes dans la phase active du travail et à chaque contraction ou au moins toutes les 5 minutes dans la phase active de pression (Mambourg et al., 2011). Un rapport de cas complet sur le thème "Foetal monitoring during low-risk labour and delivery : Cardiocography and Intermittent Auscultation" (Rothmann, 2022) est présenté dans le Journal of Midwives (TVV 28/2).

Liberté de mouvement

Le présent rapport montre que la majorité des femmes ayant accouché avec sage-femme préféraient une position verticale, en intra comme en extrahospitalier. En situation extrahospitalière, seules 8,1 % (n=68) ont accouché en lithotomie sur les 851 femmes accompagnées par sage-femme. La plupart des femmes ont préféré une position d'accouchement verticale, par exemple à quatre pattes (43%, n=364), accroupie (9%, n=74), assise sur un tabouret (10%, n=85), debout (5%, n=41) ou couchée sur le côté (9%, n=75). En situation intrahospitalière, 18,7% (n=83) ont accouché en lithotomie sur les 460 femmes assistées par sage-femme. Là aussi, la plupart des femmes ont préféré une position d'accouchement verticale, par exemple à quatre pattes (36%, n=164), accroupie (3%, n=14), assise sur un tabouret (13%, n=59), debout (4%, n=19) ou couchée sur le côté (16%, n=72). La littérature scientifique établit une relation claire entre d'une part, les positions d'accouchement verticales et favorisant la mobilité du sacrum, telles que le quatre pattes, la position accroupie, en tabouret ou la position debout et d'autre part, un raccourcissement de la phase active du travail, une diminution des instrumentations, une diminution du nombre d'épisiotomies et du nombre de déchirures périnéales du troisième et du quatrième degré. Sur l'ensemble des accouchements accompagnés par sage-femme en extrahospitalier, 97% (n=828) présentaient une déchirure périnéale intacte ou légère, 41% (n=346) un périnée intact, 8% (n=64) des éraillures, 27% (n=228) une déchirure du premier degré et 20% (n=168) une déchirure du second degré. Parmi tous les accouchements accompagnés par sage-femme qui ont eu lieu à l'hôpital, 97% (n= 444) présentaient une déchirure périnéale intacte ou légère, 30% (n=140) un périnée intact, 7% (n=34) une abrasion, 4% (n=20) des éraillures, 30% (n=138) une déchirure du premier degré et 23% (n=105) une déchirure du second degré. Ces résultats sont similaires aux conclusions de plusieurs études scientifiques telles que Zang et al (2020) et Gupta et al (2017). Ce thème est analysé plus en détails dans le Tijdschrift voor Vroedvrouwen, (TVV 27/6) avec une étude de cas scientifique sur la liberté de mouvement pendant le travail et l'accouchement (Rothmann et al, 2021).

Choix éclairés autour de l'accouchement

Ce rapport annuel a montré que 43% (n=367) des femmes ayant accouché en dehors de l'hôpital et 41% (n=187) des femmes ayant accouché à l'hôpital avec une sage-femme préféraient accoucher dans l'eau. Plusieurs sources suggèrent que l'utilisation de l'hydrothérapie pendant le travail peut être associée à une durée plus courte du travail et à une réduction du recours à l'analgésie péridurale. L'accouchement dans le bain permet également une plus grande détente, une plus grande liberté de mouvement et un meilleur soulagement de la douleur, sans être associée à des scores d'Apgar plus faibles, à des infections néonatales ou maternelles et/ou à des admissions dans l'unité de soins intensifs néonataux (ACOG, 2016 ; ADHS, 2016). En outre, les études scientifiques concluent qu'il n'existe aucune preuve quant aux effets indésirables de l'hydrothérapie sur le bébé ou la mère au cours de la première ou de la deuxième phase du travail. Ainsi, aucune différence n'a été observée en termes d'accouchements vaginaux spontanés, de nombre de césariennes ou d'instrumentations. De même, aucune différence n'a été observée en termes d'admissions en unité néonatale de soins intensifs (Cluett et al., 2018). Aucune preuve n'a pu être trouvée quant à l'augmentation du risque de complications néonatales défavorables lors des accouchements dans un bain par rapport aux accouchements hors bain (Vanderlaan et al., 2018). L'accouchement dans l'eau a été associé à une diminution du nombre d'épisiotomies, à moins de déchirures périnéales et à un raccourcissement de la première et de la deuxième phase du travail (Maude & Kim, 2020). Par ailleurs, un nombre croissant d'études qualitatives soulignent l'expérience positive de l'hydrothérapie pendant le travail et l'accouchement (Clews et al., 2020). Pour plus de détails, nous référons l'étude de cas complète publiée dans le

Tijdschrift voor Vroedvrouwen (TVV 27/3) portant sur l'hydrothérapie pendant le travail et l'accouchement (Rothmann & Tency, 2021).

Plus de la moitié (53 %, n=658) de tous les accouchements par sage-femme dans ce rapport annuel ont eu lieu à domicile. Le lieu de naissance influe sur le nombre d'interventions subies par les femmes pendant le travail et l'accouchement. En effet, plusieurs études ont montré que les interventions pendant le travail et l'accouchement à domicile étaient moins nombreuses plus chez les femmes ayant une grossesse à faible risque si elles planifiaient leur travail et leur accouchement à domicile (Van Haaren-ten Haken et al., 2015). Dans leur revue systématique, Reitsma et al., (2020) ont comparé les résultats maternels et les interventions entre d'une part, les femmes ayant commencé leur travail avec l'intention d'accoucher à domicile et d'autre part, les femmes avec des grossesses à bas risque ayant l'intention d'accoucher à l'hôpital. Les femmes ayant l'intention d'accoucher à domicile présentaient un risque plus faible de césarienne, d'instrumentation, d'anesthésie péridurale, d'épisiotomie, de déchirure du troisième ou du quatrième degré, d'optimisation du travail par l'ocytocine et d'infection maternelle. Aucune différence n'a pu être constatée dans les deux groupes en ce qui concerne le nombre d'hémorragies post-partum.

Plus de la moitié (53%, n=658) de tous les accouchements dirigés par une sage-femme dans ce rapport annuel ont eu lieu à domicile. Le lieu de naissance influe sur le nombre d'interventions dont bénéficient les femmes pendant le travail et l'accouchement. Par exemple, plusieurs études ont montré que le nombre d'interventions pendant le travail et l'accouchement à domicile était moins élevé chez les femmes ayant une grossesse à faible risque si elles planifiaient leur travail et leur accouchement à domicile (Van Haaren-ten Haken et al., 2015). La revue systématique de (Reitsma et al., 2020) a comparé les résultats maternels et les interventions entre les femmes qui ont commencé leur travail avec l'intention d'accoucher à domicile et les femmes avec des grossesses à faible risque qui avaient l'intention d'accoucher à l'hôpital. Les femmes qui avaient l'intention d'accoucher à domicile présentaient un risque plus faible de césarienne, d'accouchement instrumental, d'anesthésie péridurale, d'épisiotomie, de rupture du troisième ou du quatrième degré, de stimulation du travail par l'ocytocine et d'infection maternelle. Aucune différence n'a pu être constatée entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre d'hémorragies post-partum.

Ces résultats s'expliquent potentiellement du fait que les sages-femmes sont moins susceptibles de pratiquer des interventions en raison de leur vision physiologique et holistique du travail et de l'accouchement (Van Haaren-ten Haken, 2018). Reime et al. (2004) ont ainsi constaté que les gynécologues étaient plus attachés à la technologie et aux interventions que les sages-femmes. Cette différence de point de vue suggère que non seulement le lieu de naissance, mais aussi l'attitude de la femme enceinte jouent un rôle important dans le fait qu'elle soit l'objet ou non d'interventions médicales pendant le travail et l'accouchement (Van Haaren-ten Haken, 2018). Van Haaren-ten Haken et al. (2015) ont constaté un nombre inférieur d'indications médicales pendant la grossesse chez les femmes enceintes ayant opté pour des soins par sage-femme à domicile ou à l'hôpital. En outre, les femmes ayant choisi un accouchement à domicile ou à l'hôpital avec sage-femme présentaient moins d'inductions et de césariennes planifiées que les femmes ayant choisi un accouchement par médecin. Homer et al (2019) ont constaté que les chances d'avoir un travail et un accouchement normaux étaient deux fois plus élevées lorsque les accouchements étaient planifiés dans une maison de naissance et six fois plus élevées lorsqu'ils étaient planifiés à domicile, par rapport aux accouchements planifiés à l'hôpital.

Van der Hulst et al (2004) ont observé que plus une femme était réceptive à la technologie médicale, plus elle était encline à opter pour un accouchement à l'hôpital et plus la probabilité d'interventions obstétricales pendant le travail était élevée. Ils suggèrent que des facteurs psychologiques (attentes et perception) influencent le choix de la femme enceinte concernant le lieu de l'accouchement ainsi que le processus d'accouchement proprement dit. Halfdansdottir et al. (2016) ont ainsi constaté que les femmes qui avaient une attitude positive à l'égard de l'accouchement à domicile étaient généralement beaucoup plus positives sur le processus d'accouchement et plus négatives sur les interventions médicales. Klein et al. (2011) ont constaté que différents prestataires de soins de santé (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes) fournissent des soins à une population diversifiée avec des attitudes et des attentes différentes. Ainsi, les femmes ayant recours à des soins gynécologiques avaient des attitudes plus positives à l'égard de l'utilisation des techniques d'accouchement et étaient moins positives quant à leur rôle lors de leur propre accouchement, quel que soit le trimestre de la grossesse. Les femmes ayant reçu des soins prodigués par sage-femme étaient moins positives quant à l'utilisation des techniques d'accouchement et plus positives quant à leur rôle pendant le travail et l'accouchement.

L'autonomie, l'autodétermination et la liberté de choix de la femme jouent un rôle important pendant le travail et l'accouchement. Le fait que, dans les chiffres du rapport de cette année, certaines positions soient plus fréquentes et que les antibiotiques intrapartum ne soient pas systématiquement administrés en cas de frottis positif au SGB peut indiquer l'implication et la participation des femmes dans le processus de décision. Nous constatons que de nombreuses femmes préfèrent accoucher en position verticale plutôt qu'en position standard connue sous le nom de lithotomie ou préfèrent accoucher dans l'eau. De telles décisions peuvent avoir une influence importante sur le vécu et l'expérience de la femme enceinte concernant l'ensemble du processus d'accouchement, ce qui a à son tour des implications importantes pour la période post-partum et les éventuelles grossesses ultérieures. La littérature scientifique est sans équivoque quant au fait que les femmes apprécient d'être impliquées dans les décisions relatives à l'accouchement, qui est, après tout, l'un des moments les plus importants de leur vie. Elles veulent pouvoir assumer la responsabilité de leur propre santé et de celle de leur bébé. Cette implication a un effet positif sur le vécu et la satisfaction à l'égard du processus d'accouchement. Les femmes devraient être encouragées à faire ces choix par leurs prestataires de soins de santé. Les soignant.e.s jouent donc un rôle important en informant les femmes de manière nuancée et objective. La prise de décision partagée est un moyen de soutenir les femmes enceintes dans les choix qu'elles font pendant la grossesse et l'accouchement (Nieuwenhuijze et al., 2014). Ce processus peut être complété par des aides à la décision telles que des brochures d'information, des vidéos et des outils en ligne. Ces outils permettent aux femmes enceintes de mieux connaître les options qui s'offrent à elles, en les encourageant à jouer un rôle plus actif dans le processus décisionnel tout en permettant d'évaluer les risques avec plus de précision (Stacey et al., 2017). Les aides à la décision portant sur l'accouchement peuvent aider les femmes en présentant les informations de manière claire et neutre, ce qui leur permet de prendre des décisions conformes à leurs valeurs personnelles (Say et al., 2011).

Le choix d'accoucher avec une sage-femme est principalement influencé par l'environnement dans lequel la femme enceinte évolue. Entendre les récits d'accouchement et les expériences d'autres femmes a une grande influence sur le choix d'un certain type d'accouchement. Avoir assisté ou non à un accouchement, le prestataire de soins de santé, les cours prénataux et d'autres sources d'information sont autant de facteurs qui influencent le choix du type d'accouchement. De même, les femmes recherchent beaucoup en ligne des informations susceptibles de les influencer. En outre, il semble que la majorité des femmes aient déjà choisi leur type d'accouchement avant la grossesse, un choix orienté

aussi par les croyances et les expériences vécues avant la grossesse (Regan et al., 2013 ; Coxon et al., 2017).

La revue systématique qualitative de Downe et al. (2018) a exploré plus en détail ce que la femme enceinte considère comme important pendant son travail et son accouchement. Ils concluent que la plupart des femmes dans le monde souhaitent un travail et un accouchement qui leur permettent d'utiliser leurs propres capacités physiques et psychosociales pour donner naissance à un bébé en bonne santé. Elles veulent pouvoir accoucher dans un environnement cliniquement, culturellement et psychologiquement sûr, où elles bénéficient d'un soutien pratique et émotionnel continu de la part d'un.e ou plusieurs soignant.e.s. Elles veulent être accompagnées par des soignant.e.s empathiques, rassurant.e.s et techniquement compétent.e.s. La plupart des femmes accordent beaucoup d'importance à leur capacité à accoucher de manière physiologique, à ce qui est important pour leur propre bien-être physique et psychologique, ainsi que pour celui de leur bébé et de leur famille. Elles indiquent que l'accouchement peut potentiellement être un événement imprévisible et effrayant, où elles devront "suivre le courant". Même lorsqu'une intervention est nécessaire ou souhaitée, les femmes veulent conserver un sentiment de réussite et de contrôle, en étant impliquées dans toutes les décisions.

Vécu de l'accouchement

Selon plusieurs études, les femmes bénéficiant des soins sage-femme ont une expérience plus positive de leur accouchement par rapport aux femmes recevant des soins standards (soins dirigés par un médecin). Dans l'étude de McLachlan et al. (2016), les femmes qui ont reçu des soins par la même sage-femme ou le même groupe de sages-femmes ont obtenu des scores plus élevés dans différents domaines : vécu positif global de l'accouchement, sentiment de contrôle du travail, adaptation physique, adaptation émotionnelle, fierté, liberté d'exprimer leurs sentiments, moins d'anxiété élevée, plus grande propension à avoir un vécu positif de la douleur, et ce, par rapport aux femmes qui ont été accompagnées par d'autres prestataires de soins de santé. L'étude de Liu et al (2021) a également conclu que les femmes étaient généralement très satisfaites des soins prodigués par les sages-femmes. Le niveau de satisfaction le plus élevée se retrouve chez celles dont l'accouchement était accompagné par la sage-femme qui avait également assuré le suivi prénatal, par un membre de la famille ou une doula, chez les femmes ayant pu avoir recours à des compresses chaudes et avoir eu accès à une anesthésie péridurale, chez les femmes qui ont pu choisir leur position d'accouchement librement et enfin, chez qui les sages-femmes ont assuré les soins postnatals. De même, dans l'étude de Mortensen et al. (2019), des scores de satisfaction statistiquement plus élevés ont été observés dans le groupe recevant des soins prodigués par des sages-femmes, et ce pendant la grossesse, la période intrapartum et la période postnatale.

L'expérience d'une femme lors d'un accouchement antérieur a un effet potentiel sur toute grossesse ultérieure. Les femmes qui ont vécu une expérience négative lors de leur premier accouchement ont moins de grossesses ultérieures ou laissent un intervalle de temps plus long entre les grossesses suivantes (McLachlan et al., 2016). Les femmes qui ont vécu un accouchement traumatisant dans le passé éprouvent une grande anxiété à l'idée du prochain accouchement. Cette anxiété peut les inciter à demander une césarienne, elles éprouvent davantage de stress, de difficultés à dormir, ont une plus forte propension à faire des cauchemars ou à se sentir coupables à l'égard de leur enfant. Lorsque la sage-femme, un autre prestataire de soins, le partenaire ou l'entourage les informe, les écoute, respecte leurs peurs, la peur diminue et la confiance en soi augmente chez les femmes (Wigert et al., 2020).

Par ailleurs, la médicalisation du processus de naissance a un impact sur la pratique des sages-femmes. Un nombre croissant de grossesses et d'accouchements ne sont pas considérés comme un processus

normal, mené par des sages-femmes, mais plutôt comme un événement à haut risque nécessitant des interventions médicales par un spécialiste (Confédération internationale des sages-femmes, 2017). Ce rapport annuel vise donc à mettre en avant les soins par sage-femme.

Les preuves scientifiques montrent que ce type de soins pour femmes pour les grossesses à bas risque constituent une option tout à fait valable à part entière. Selon de nombreuses études, comparés aux soins par médecin, les soins par sage-femme sont associés à un moindre recours à l'anesthésie régionale, à moins d'instrumentations et de déchirures périnéales du troisième ou du quatrième degré (Sandall et al., 2016b) ; Janssen et al., 2009), ainsi qu'à un risque réduit d'hémorragie post-partum (Janssen et al., 2019). Elle entraîne également une utilisation moindre d'ocytocine de synthèse (Bodner-Adler et al. 2017). Quant aux résultats néonataux, les soins par sage-femme sont associés à une probabilité réduite de réanimation après la naissance et de besoin d'oxygénothérapie dans les 24 heures (Janssen et al, 2019). Bodner-Adler et al. (2017) n'ont pas pu identifier de différences concernant les résultats néonataux entre les soins par sage-femme et les soins par médecin.

CONCLUSION

Le rapport sur les soins par sage-femme pendant le travail et l'accouchement en 2021 donne un aperçu du travail effectué par les sages-femmes en Flandre et à Bruxelles et, dans une moindre mesure, en Wallonie. Par rapport à l'année 2020, on constate une augmentation d'une part, du nombre d'accouchements démarrés en première ligne et d'autre part, de la proportion d'accouchements assurés par sage-femme, avec en corollaire une diminution des transferts. En 2020, nous avons enregistré 1 259 accouchements démarrés sous la supervision d'une sage-femme, que ce soit à domicile, à l'hôpital ou en maison de naissance. Sur la totalité, 960 femmes (76 %) ont accouché effectivement avec la sage-femme comme prévu. Deux cent quatre-vingt-dix-neuf femmes (24 %) ont été transférées en intrapartum. En 2021, nous avons enregistré 1 587 accouchements, dont 1 311 (83 %) ont eu lieu sous la responsabilité de la sage-femme et 276 (17 %) ont été transférés en intrapartum. En dépit de cette augmentation des accouchements par sage-femme, il semblerait que plusieurs cabinets de sages-femmes aient cessé leur activité en 2021. En parallèle, la *seule unité sage-femme intrahospitalière* a entamé les enregistrements la même année, ce qui compense peut-être l'arrêt de l'enregistrement de leurs activités par certaines sages-femmes.

Comme l'année dernière, ce rapport annuel met en lumière la physiologie de la pratique des sages-femmes. Les accouchements accompagnés par des sages-femmes diplômées présentent des caractéristiques spécifiques : positions verticales, naissance dans l'eau, auscultation intermittente du rythme cardiaque fœtal, faible taux d'épisiotomie et de déchirures périnéales graves. Ces résultats sont également corroborés par la littérature scientifique. Ces questions jouent un rôle important pour l'autonomie de la femme enceinte. La participation au processus décisionnel pendant le travail et l'accouchement est essentielle pour le bien-être de la mère et de l'enfant. Elle joue également un rôle important dans le vécu de l'accouchement par la femme enceinte

La littérature scientifique considère que les soins par sage-femme sont sûrs et de qualité pour toutes les grossesses à bas risque (Scarf et al., 2018). Les femmes qui accouchent avec leur sage-femme sont plus susceptibles de vivre un accouchement vaginal spontané tout en étant moins à risques d'une anesthésie péridurale ou d'une optimisation du travail. Le risque d'un accouchement instrumenté ou d'une déchirure du troisième ou quatrième degré est également plus faible (Martin-Arribas et al., 2022). Nous avons également décrit les avantages pour le nouveau-né, tels que des scores d'Apgar plus élevés et moins de réanimations (Ricchi et al., 2019). Avec ce rapport annuel, nous visons à mettre en avant les avantages et la valeur ajoutée des soins dispensés par les sages-femmes. Nous constatons que de nombreux résultats sont conformes à ceux de la littérature scientifique internationale, tels que le choix des positions d'accouchement, les accouchements dans l'eau, l'auscultation intermittente du rythme cardiaque fœtale, le taux élevé de déchirures périnéales légères et le peu de déchirures périnéales graves. Ces résultats s'interprètent bien entendu dans le cadre d'une étude observationnelle, basée sur l'auto-évaluation sans groupe de contrôle.

RÉFÉRENCES

- ACOG. (2016). *Immersion in Water During Labor and Delivery*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/immersion-in-water-during-labor-and-delivery>
- ADHS. (2016). *GUIDELINES FOR WATER IMMERSION AND WATER BIRTH*.
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2017). *CELZ beleidstekst hervorming eerstelijnszorg*.
- Association of Womens Health Obstetric, & and Neonatal Nurses. (2018). Fetal Heart Monitoring Position. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 47, 874–877. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.007>
- Belgisch Staatsblad. (2015). *Gecoördineerde wet Betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen*. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet
- Bodner-Adler, B., Kimberger, O., Griebaum, J., Husslein, P., & Bodner, K. (2017). A ten-year study of midwife-led care at an Austrian tertiary care center: A retrospective analysis with special consideration of perineal trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S12884-017-1544-9/TABLES/5>
- Chadraharan, E., Evans, S.-A., Krueger, D., Pereira, S., Skivens, S., & Zaima, A. (2018). *Intrapartum Fetal Monitoring Guideline*.
- Clews, C., Church, S., & Ekberg, M. (2020). Women and waterbirth: A systematic meta-synthesis of qualitative studies. *Women and Birth*, 33(6), 566–573. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2019.11.007>
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.PUB4>
- College of midwives of British Columbia. (2008). *Home Birth Handbook for Midwifery Clients*. <http://www.midwiferygroup.ca/downloads/labour/Home-Birth-Handbook-for-Clients.pdf>
- College of Midwives of British Columbia (CMBC). (2020). *Place of Birth Handbook*. https://www.bccnm.ca/Documents/standards_practice/rm/RM_Place_of_Birth_Handbook.pdf
- Coxon, K., Chisholm, A., Malouf, R., Rowe, R., & Hollowell, J. (2017). What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a “best fit” framework approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12884-017-1279-7/FIGURES/3>
- Intrapartum Fetal surveillance- indications, (2017).
- de Koster, K. (2016). *Eerstelijns verloskunde voor vroedvrouwen*. <https://docplayer.nl/206111647-Eerstelijns-verloskunde-voor-vroedvrouwen.html>
- Dekker, N., Goemaes, R., Neirinckx, J., Seuntjens, L., & Smets, K. (2015). *Zwangerschapsbegeleiding: Richtlijn voor Goede Medische Praktijkvoering*. https://www.domusmedica.be/sites/default/files/Richtlijn%20Zwangerschapsbegeleiding_0.pdf

- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Metin Gü lmezoglu, A. (2018). *What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Duodecim Medical Publications. (2019). *Prenatale raadplegingen: zorg en onderzoek*. Ebpracticenet.
- Durand, C., Jouck, P., Miermans, P.-J., Steinberg, P., & Vivet, V. (2020). *Vroedvrouwen op de arbeidsmarkt, 2017*. www.health.belgium.be/hwf
- Durand, C., Jouck, P., Miermans, P.-J., Steinberg, P., & Vivet, V. (2022). *Vroedvrouwen op de arbeidsmarkt, 2019*. www.health.belgium.be/hwf
- Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). *Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally*. <https://doi.org/10.5334/aogh.2794>
- Federale raad voor de vroedvrouwen. (2016). *Het Beroeps- en competentieprofiel van de Belgische Vroedvrouw*.
- Goemaes, R., Fomenko, E., Laubach, M., de Coen, K., Roelens, K., & Bogaerts, A. (2022). *Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2021*. <https://zeg.paddlecms.net/sites/default/files/2022-11/SPE-Perinatale%20gezondheid%20in%20Vlaanderen-2021-FINAL.pdf>
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.PUB4>
- Halfdansson, B., Olafsdottir, O. A., Hildingsson, I., Smarason, A. K., & Sveinsdottir, H. (2016). Maternal attitudes towards home birth and their effect on birth outcomes in Iceland: A prospective cohort study. *Midwifery*, 34, 95–104. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2015.12.010>
- Halpern, S. (2009). SOGC Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(7), 602. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34236-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34236-0)
- Hoge Gezondheidsraad. (2003). *Preventie van perinatale Groep B streptokokkeninfecties, Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad*. www.health.fgov.be/CSH_HGR.
- Homer, C. S. E., Cheah, S. L., Rossiter, C., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Foureur, M. J., Forster, D. A., McLachlan, H. L., Oats, J. J. N., Sibbritt, D., Thornton, C., & Scarf, V. L. (2019). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 – 2012: a linked population data study. *BMJ Open*, 9(10). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-029192>
- International Confederation of Midwives. (2014). *Position Statement: Keeping Birth Normal*. www.internationalmidwives.org
- Position Statement: Midwifery Led Care, the first Choice for all Women, (2017).
- International Confederation of Midwives. (2017). *Position Statement: Use of Intermittent Auscultation for Assessment of Foetal Wellbeing during Labour*. <https://www.rcog.org.uk/en/about-us/nga/consultation-on-the-nice-exceptional-review-of-intrapartum->

- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, *181*(6–7), 377. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.081869>
- Klein, M. C., Kaczorowski, J., Hearps, S. J. C., Tomkinson, J., Baradaran, N., Hall, W. A., McNiven, P., Brant, R., Grant, J., Dore, S., Brassat-Latulippe, A., & Fraser, W. D. (2011). Birth Technology and Maternal Roles in Birth: Knowledge and Attitudes of Canadian Women Approaching Childbirth for the First Time. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *33*(6), 598–608. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34908-8](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34908-8)
- Leroy, C., & van Leeuw, V. (2022). *Santé périnatale en Wallonie – Année 2021*. https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Wal_2021-fr.pdf
- Liu, Y., Li, T., Guo, N., Jiang, H., Li, Y., Xu, C., & Yao, X. (2021). Women’s experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03638-3/TABLES/3>
- Loytved, C. (2021). *Qualitätsbericht 2020: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2020.pdf
- Loytved, C. (2022). *Qualitätsbericht 2021: Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. www.quag.de
- Mambourg, F., Gailly, J., & Zhang, W.-H. (2011). *Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen KCE reports 139A*. <http://www.kce.fgov.be>
- Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R., & González-Blázquez, C. (2022). A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: Across-sectional study of perinatal outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, *126*, 104129. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2021.104129>
- Maude, R. M., & Kim, M. (2020). Getting into the water: A prospective observational study of water immersion for labour and birth at a New Zealand District Health Board. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-020-03007-6>
- McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). The effect of primary midwife-led care on women’s experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *123*(3), 465–474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713>
- Merz, W. M., Tascon-Padron, L., Puth, M. T., Heep, A., Tietjen, S. L., Schmid, M., & Gembruch, U. (2020). Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: A cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12884-020-02962-4/TABLES/6>
- Mortensen, B., Diep, L. M., Lukasse, M., Lieng, M., Dwekat, I., Elias, D., & Fosse, E. (2019). Women’s satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ Open*, *9*(11), e030324. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-030324>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Overview | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE*.

- National Institute for health and Care Excellence (NICE). (2017). *Overview | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- National institute for health and care excellence (NICE). (2022). *Intrapartum care for healthy women and babies Clinical guideline*. www.nice.org.uk/guidance/cg190
- Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., de Jonge, A., de Vries, R., & Lagro-Janssen, A. (2014). On speaking terms: A Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-223/TABLES/3>
- Ohlsson, A., & Shah, V. S. (2014). Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2014*(6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD007467.PUB4/MEDIA/CDSR/CD007467/IMAGE_N/NCD007467-CMP-002-06.PNG
- Perined. (2021). *Perinatale zorg in Nederland anno 2020: Duiding door landelijke perinatale audit en registratie*.
- Perined. (2022). *Kerncijfers Nederlandse Geboortezorg 2021*. Kerncijfers Nederlandse Geboortezorg 2021. <https://assets.perined.nl/docs/9b3b6737-4c8a-4f9c-b8bf-ff39b4813427.pdf>
- Queensland Health. (2019). *Guideline: Intrapartum fetal surveillance (IFS)*. www.health.qld.gov.au/qcg
- Queensland Health. (2021). *Parent information: Perineal tears - Clinical Guidelines*. www.health.qld.gov.au/qcg
- Regan, M., McElroy, K. G., & Moore, K. (2013). Choice? Factors That Influence Women's Decision Making for Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, *22*(3), 171. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.3.171>
- Reime, B., Klein, M. C., Kelly, A., Duxbury, N., Saxell, L., Liston, R., RPPepers, F. J. P. M., Entjes, R. S. W., & Wong, V. (2004). Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *111*(12), 1388–1393. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2004.00338.X>
- Reitsma, A., Simioni, J., Brunton, G., Kaufman, K., & Hutton, E. K. (2020). Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending 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*, *21*. <https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2020.100319>
- Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C., & Neri, I. (2019). The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, *90*(Suppl 6), 41. <https://doi.org/10.23750/ABM.V90I6-S.8621>
- Rothmann, I. (2022). Foetale monitoring tijdens een laagrisico arbeid en bevalling: Cardiotocography en Intermittente Auscultatie: Wat zijn de effecten van continue cardiotocography (CTG) tijdens arbeid en bevalling op maternale en neonatale uitkomsten bij zwangere vrouwen met een laag risico zwangerschap in vergelijking met intermitterende auscultatie (IA)? *Tijdschrift Voor Vroedvrouwen*, *28*(2).
- Rothmann, I., & Tency, I. (2021). Engelstalig wetenschappelijk onderzoek raadplegen - Watertherapie tijdens arbeid en bevalling. *Tijdschrift Voor Vroedvrouwen*, *TVV 27/3*, 145–154.

- Rothmann, I., Tency, I., Gijssens, C., Lansens, D., & Vandeputte, L. (2021). Bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling: Wat is het effect van bevallingsvrijheid tijdens de eerste en tweede fase van de bevalling op maternale en neonatale uitkomsten? *Tijdschrift Voor Vroedvrouwen, TVV* 27/6.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016a). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.PUB5>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016b). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.PUB5>
- Say, R., Robson, S., & Thomson, R. (2011). Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. *BMJ Open*, 1(2), e000261. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2011-000261>
- Seedat, F., Geppert, J., Stinton, C., Patterson, J., Freeman, K., Johnson, S. A., Fraser, H., Brown, C. S., Uthman, O. A., Tan, B., Robinson, E. R., McCarthy, N. D., Clarke, A., Marshall, J., Visintin, C., Mackie, A., & Taylor-Phillips, S. (2019). Universal antenatal screening for group B streptococcus may cause more harm than good. *BMJ*, 364. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L463>
- Sermeus, W., Vleugels, A., Vanhaect, K., Alewaters, H., Glorieux, A., van Gerven, E., Heyrman, J., Aertgeerts, B., de Lepeleire, J., & Peers, J. (2009). Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen. *Katholieke Universiteit Leuven*.
- Souter, V., Nethery, E., Kopas, M. I., Wurz, H., Sitcov, K., & Caughey, A. B. (2019). Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstetrics and Gynecology*, 134(5), 1056–1065. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003521>
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.PUB5>
- Antepartum Fetal Surveillance, (2021).
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). (2019). *Intrapartum Fetal Surveillance*. www.ranzcog.edu.au
- van der Hulst, L. A. M., van Teijlingen, E. R., Bonsel, G. J., Eskes, M., & Bleker, O. P. (2004). Does a Pregnant Woman's Intended Place of Birth Influence Her Attitudes Toward and Occurrence of Obstetric Interventions? *Birth*, 31(1), 28–33. <https://doi.org/10.1111/J.0730-7659.2004.0271.X>
- van Haaren-ten Haken. (2018). *The place to be* [maastricht university]. <https://doi.org/10.26481/dis.20180518th>
- van Haaren-ten Haken, T. M., Hendrix, M., Smits, L. J., Nieuwenhuijze, M. J., Severens, J. L., de Vries, R. G., & Nijhuis, J. G. (2015). The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0455-x>

- van Leeuw, V., & Leroy, C. (2022). *Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021*. https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Bxl_2021-fr.pdf
- van Melckebeke, M. (2022, August). ‘Ik schaam me soms voor mijn loon’.’ *De Standaard*. https://www.standaard.be/cnt/dmf20220817_97436474?
- van Orshoven, P. (2019). *Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*.
- Vanderlaan, J., Hall, P. J., & Lewitt, M. (2018). Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, *59*, 27–38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.023>
- Vermeulen, J., Luyben, A., Buyl, R., Debonnet, S., Castiaux, G., Niset, A., Muyltermans, J., Fleming, V., & Fobelets, M. (2021). The state of professionalisation of midwifery in Belgium: A discussion paper. *Women and Birth*, *34*(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2020.09.012>
- Welffens, K., Derisbourg, S., Costa, E., Englert, Y., Pintiaux, A., Warnimont, M., Kirkpatrick, C., Buekens, P., & Daelemans, C. (2020). The “Cocoon,” first alongside midwifery-led unit within a Belgian hospital: Comparison of the maternal and neonatal outcomes with the standard obstetric unit over 2 years. *Birth (Berkeley, Calif.)*, *47*(1), 115. <https://doi.org/10.1111/BIRT.12466>
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women’s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *15*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
- World Health Organisation. (1997). Care in Normal Birth: A practical Guide. *Birth Issues in Perinatal Care*, 121–123.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.
- Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L., & Li, X. (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(17–18), 3154–3169. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15376>
- Zeevaert, R., Benahmed, N., Costa, E., & Christiaens, W. (2023). *Referral during low-risk pregnancy follow-up in primary care*. <https://doi.org/DOI: 10.57598/R363C>.

ANNEXES

Annexe 1 Formulaire d'enregistrement

(franse versie invoegen)

