



## Procédure Accouchement Accompagné à Domicile dans le RP2S

Réseau Périnatal  
des 2 Savoie (RP2S)

[www.rp2s.fr](http://www.rp2s.fr)

Onglets : protocoles  
et procédures

Rédaction initiale : Groupe de travail RPAI  
Mise à jour : groupe de travail RP2S  
16 pages

Validation : Comité scientifique RP2S juin 2023  
MAJ validée com scient RP2S juin 2025

### Table des matières

Généralités.....	2
I) Définition des types d'accouchement à domicile .....	3
II) La législation sur lAAD .....	3
III) Référentiels .....	4
IV) Evaluer la demande d'une femme ayant un projet dAAD .....	4
A. Donner une information.....	4
B. Rechercher les critères d'exclusion .....	4
1. Médicaux (physiques et psychiques) .....	4
2. Familiaux et psychosociaux.....	5
3. Organisationnels .....	5
a) Liés au logement.....	5
b) Liés aux distances .....	5
V) En cas de non-éligibilité ou de désaccord sur l'éligibilité .....	6
A. Non-éligibilité .....	6
B. Gestion des désaccords .....	6
C. Accouchement Non Accompagné (ANA) .....	6
VI) En cas d'éligibilité à lAAD .....	7
A. Parcours de soin de la femme .....	7
1. Anténatal : les spécificités du suivi d'une femme/d'un couple ayant un projet dAAD .....	7
2. Per partum (Travail – Accouchement – Post-partum immédiat).....	8
a) Lorsque le projet dAAD se réalise sans recours à un transfert.....	8
b) Lorsque le projet dAAD conduit à un transfert .....	9
3. Postnatal.....	10
B. Parcours de soin de l'enfant .....	10
1. Dépistages néonataux.....	11
a) Dépistages biologiques (Guthrie).....	11
b) Dépistage de la surdité .....	11
c) Dépistage des cardiopathies congénitales.....	12
2. Consultations du nouveau-né .....	12
VII) Liens entre les professionnels (SF AAD – maternité – SAMU) .....	12
VIII) Liens avec le RP2S .....	13
A. Déclaration des évènements indésirables.....	13
B. Formation des SF libérales réalisant des AAD .....	13
C. Recueil d'activité annuel.....	13
Les documents de référence .....	14
Liste des annexes – Documents supports .....	14
Composition groupe de travail et groupe relecteur du RP2S.....	15
Composition groupe de travail du RPAI.....	16

## Généralités

### Préambule

Le RP2S n'a pas été mandaté et n'est pas qualifié pour exprimer un jugement sur la légitimité des projets d'Accouchement Accompagné à Domicile (AAD).

Les professionnels de la naissance qui s'impliquent dans lAAD sont réputés compétents et raisonnables. Ils et elles connaissent les règles de bonne pratique. Nous ne répéterons pas systématiquement ces règles qui s'appliquent également à domicile.

L'objectif prioritaire est de sécuriser au mieux les mères et les enfants dans le cadre d'AAD, en accompagnant le choix des patientes.

Le cadre de cette procédure s'applique à des parturientes qui sont autonomes dans leurs prises de décision et qui ne présentent pas d'altération de leurs capacités de jugement. Les patientes sont par définition les premières concernées par leur santé et celle de leur enfant.

Le principe du secret médical reste entier dans ce contexte. Le partage d'information ne peut se faire qu'avec l'accord de la patiente ou dans le cadre de la loi qui réglemente la levée du secret médical.

Participer à la sécurisation et à l'accompagnement des AAD ne correspond pas à une validation implicite de la démarche par les professionnels de recours.

La gestion des risques repose sur une anticipation des difficultés éventuelles avec les parents, les professionnels impliqués dans lAAD, l'établissement de recours et les transporteurs.

Nous portons l'hypothèse que les postures de coopérations bienveillantes sont plus efficaces que les postures autoritaires en termes de gestion des risques individuels et collectifs. En cas de désaccord avec le projet parental, il est conseillé de répéter les rencontres et de chercher un compromis acceptable, tout en restant dans la disponibilité. Il faut avant tout éviter une situation de rupture de coopération.

Nous portons également l'hypothèse qu'une attitude bienveillante n'est pas une incitation à un développement des AAD dans des conditions déraisonnables.

### Conduite du projet dans le RP2S

Le RP2S a souhaité constituer un groupe de travail sur lAAD avec pour objectif de :

- **Favoriser les liens** entre les professionnels de santé de la **ville** (libéraux et PMI) et de l'**hôpital** (service de maternité et SAMU) qui peuvent être amenés à prendre en charge une femme ayant fait le choix d'un AAD ou son nouveau-né ;
- Mettre en place une **démarche de gestion des risques** autour de lAAD, au regard des travaux initiés par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP).

C'est dans le cadre d'une démarche de gestion des risques que cette procédure est rédigée, pour assurer au mieux la **qualité et la sécurité des soins** de la mère et de l'enfant.

Le Réseau Périnatal des 2 Savoie, invite tous les professionnels qui reçoivent une femme/un couple ayant un projet d'AAD à (cf Annexe I. Document d'information AAD pour les professionnels – FFRSP) :

- Adopter une posture de « **non-jugement** » et de **bienveillance** afin de **respecter son/leur libre choix** ;
- Favoriser une **bonne communication** avec la patiente/le couple **ET entre professionnels** ;
- Être dans une dynamique de gestion des risques en acceptant de **recevoir** ces patientes, leur constituant un **dossier médical** et en leur délivrant une **information adaptée** ;
- **Tracer** l'information complète transmise ;
- Ne pas faire de certificat de non contre-indication à lAAD.

## I) Définition des types d'accouchement à domicile<sup>1</sup>

L'accouchement à domicile est un accouchement ayant lieu au domicile de la femme enceinte ou autres lieux privés ou espace public.

Il peut-être un :

- ✓ **Accouchement inopiné** c'est à dire non prévu à domicile : les parents appellent généralement les pompiers et le SAMU pendant l'accouchement puis la mère et son enfant sont transportés dans une maternité.
- ✓ **Accouchement Non Accompagné (ANA)**, les femmes accoucheut volontairement chez elles sans professionnel médical par choix et/ou par impossibilité de se faire accompagner dans leur projet.
- ✓ **Accouchement Accompagné à Domicile (AAD)** par une sage-femme (parfois des médecins) idéalement dans le cadre de l'accompagnement global.

Cette procédure ne traitera que l'Accouchement Accompagné à Domicile par un professionnel médical (AAD).

## II) La législation sur lAAD

Actuellement dans la législation française, aucun article dans la loi n'interdit l'accouchement à domicile, et aucun article n'impose de lieu d'accouchement.

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, l'article L.1142-2 du code de la santé publique contient l'obligation pour les professionnels de santé de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile. Les sages-femmes ont donc une obligation légale à souscrire à une RCP (Responsabilité civile professionnelle) couvrant l'ensemble de leurs actes.

A ce jour, aucune compagnie d'assurance ne propose de contrat pour couvrir l'accouchement accompagné à domicile. Les patientes doivent être informées qu'en cas de réclamation elles ne seront pas ou pas totalement indemnisées.

Les Sages-Femmes réalisant des Accouchements Accompagnés à Domicile (SF AAD) sont actuellement dans une procédure de recours auprès des assurances et du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes afin d'obtenir une assurance "alignée" sur les pays voisins.

L'Article R.4127-318 du code de la santé publique définit le champ de compétence des sages-femmes en France. L'ensemble de ces compétences permet aux sages-femmes françaises d'assurer la surveillance d'une naissance et d'agir de manière adaptée en cas de complications quel que soit le lieu d'exercice.

L'Article R.4127-306 du code de la santé publique précise que « *La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant.* ».

Dans la Charte Européenne des Droits de la Parturiante, le parlement européen recommande plusieurs mesures afin d'intégrer l'accouchement à domicile au système de soin. La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) réaffirme d'ailleurs en date du 15 décembre 2010 « le droit de la vie privée des parents de choisir le lieu de naissance, dont le domicile » et déclare que « les états membres de l'UE ont un devoir d'action, c'est-à-dire qu'ils doivent prévoir une législation mettant en œuvre les moyens suffisants pour exercer cette liberté ».

<sup>1</sup> « Accouchement à domicile- Etat des lieux en Isère » Sages-Femmes Nord alpes et Bien Naitre et Grandir

### III) Référentiels

Les critères d'inclusion pour un projet AAD font l'objet d'une concertation entre les parents et la/les sages-femmes AAD, dans le cadre du consentement éclairé, autour des documents suivants :

- HAS 2016 Critères de suivi et d'accouchement
- HAS 2017 Accueil du nouveau-né en salle de naissance
- HAS 2017 (Mise à jour nov 2023) Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales
- Dépistages néonataux : arrêtés du 9 novembre 2022, du 22 février 2018 et du 23 avril 2012
- L'ensemble des recommandations des sociétés savantes (HAS, CNGOF, CNSF...) et des protocoles validés au sein du RP2S disponible sur le site : <https://www.rp2s.fr/protocoles-et-documents/protocoles-et-procedures/>

### IV) Evaluer la demande d'une femme ayant un projet d'AAD

Lorsqu'une femme/un couple exprime le souhait d'un accouchement accompagné à domicile, deux questions se posent :

- Cette femme/ce couple fait-elle(il) un choix libre et éclairé ?
- Cette femme est-elle éligible à un accouchement accompagné à domicile ?

#### A. Donner une information

La patiente doit recevoir une information générale adaptée sur la configuration particulière des accouchements à domicile. La problématique des distances, des délais et des transferts doit être particulièrement exposée. En cas de complication(s) pour elle-même et/ou son enfant, **le délai incompressible d'accès à l'hôpital (délai de disponibilité et d'arrivée des secours + délai de transfert) augmente le risque de complications graves voire mortelles pour la mère et le nouveau-né.**

La SF AAD remet la fiche d'information réalisée par le groupe de travail de la Fédération Française des Réseaux de Santé Périnatale (cf. ANNEXE II. Document d'information général pour les parents – FFRSP) et en explicite le contenu.

#### B. Rechercher les critères d'exclusion (cadre de fonctionnement au sein du RP2S)

##### 1. Médicaux (physiques et psychiques)

LAAD s'adresse aux patientes avec grossesse physiologique à bas risque qui en font la demande. La grossesse est considérée comme à bas risque si les examens (cliniques et paracliniques) recommandés ont été proposés, réalisés et confirment le bas risque. Les examens s'effectuent avec l'accord de la patiente.

Les sages-femmes AAD comme tous les professionnels de périnatalité, prennent en compte, après un premier entretien avec les parents demandeurs, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui définissent le niveau de risque et les critères d'éligibilité du suivi de la grossesse.

Le référentiel de la HAS « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées » HAS Recommandations – Mai 2016, prévoit les critères de suivi et d'accouchement classées en critères A/ A1/ A2/ B. Il sert de référence à l'éligibilité à la réalisation d'un AAD.

Dans des cas complexes, le réseau recommande que le dossier d'une patiente ayant un projet d'AAD puisse être avec l'accord de la patiente présenté au staff de la maternité de recours pour bénéficier d'une appréciation pluriprofessionnelle de la situation, en soutien à la SF AAD. Nous rappelons qu'il ne s'agit en aucun cas de donner son avis sur la pratique de l'AAD mais d'évaluer si la patiente se trouve dans la catégorie "bas risque obstétrical".

## 2. Familiaux et psychosociaux

Une femme dans l'impossibilité d'être accompagnée par une personne de confiance est non éligible à lAAD.

Une femme présentant des vulnérabilités nécessitant un accompagnement pluriprofessionnel pendant la grossesse et une surveillance rapprochée au moment de la naissance est non éligible à lAAD (ex : pathologie psychiatrique ou déficience intellectuelle ; situation médico-psycho-sociale complexe ; consommation de produits toxiques à l'exception d'un tabagisme isolé...).

Un climat de confiance est indispensable tout au long de la grossesse entre la SF AAD et la patiente et/ou le couple. Si celui-ci n'est pas instauré, le projet dAAD doit être contre indiqué.

## 3. Organisationnels (cf. ANNEXE III. Accessibilité et organisation du lieu d'accouchement)

### a) Liés au logement

Une visite du domicile ou du lieu où se déroulera l'accouchement est effectuée pendant la grossesse par la SF AAD pour évaluer les critères (respect du temps de secours ou organisationnel).

- Le domicile doit être accessible par la sage-femme et les véhicules de secours (ambulance, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)...). Ce critère sera réévalué le jour de l'accouchement en cas de contraintes exceptionnelles (neige, boue, travaux...).
- Afin que le domicile soit accessible aux véhicules de secours (ambulance, SMUR...) et à la SF, il est demandé à la famille de prévoir, dans la mesure du possible, un espace pour stationner les véhicules.
- Le lieu de la naissance sera privilégié au rez-de-chaussée. Si le logement est en étage, l'escalier ou l'ascenseur doit permettre impérativement le passage d'un brancard (transport allongé).
- La pièce où est prévu l'accouchement doit être suffisamment grande et pouvoir être suffisamment éclairée afin de permettre des soins d'urgence. Elle doit pouvoir être chauffée pour la naissance afin de prévenir le risque d'hypothermie du nouveau-né.
- Prévoir une table de taille et hauteur correctes afin de pouvoir réaliser, si nécessaire, la réanimation néonatale.

### b) Liés aux distances

Les temps de parcours des distances sont calculés à partir d'un GPS ou de Google Maps.

Pour les temps de déplacement, il faudra tenir compte des contraintes circonstancielles : types de routes (route de campagne ou autoroute), routes embouteillées (départ en vacances...), conditions météorologiques (neige, annonce de vigilance...) par exemple.

- Le temps de trajet maximum entre le lieu de réalisation de l'ADD et établissement de soins de référence doit être d'environ 30 minutes.
- Le jour où la patiente se met en travail, la sage-femme évalue si elle peut se rendre au domicile de la patiente dans un délai raisonnable et la réoriente vers la maternité de référence le cas échéant.

Le délai d'arrivée de la sage-femme lors de l'appel de la femme est multifactoriel. Retenir un temps de trajet maximum entre le lieu de réalisation de lAAD et le cabinet de la sage-femme ou son lieu de résidence ne semble pas pertinent. Par exemple, la sage-femme peut se trouver ailleurs qu'à son cabinet ou chez elle au moment de l'appel (au domicile d'une autre patiente, déplacement personnel...). Dans ces conditions, il appartient à la sage-femme, au moment de l'appel, d'estimer son délai effectif d'arrivée sur le lieu d'accouchement et d'évaluer avec la patiente la compatibilité avec le stade du travail (cf [score de Malinas](#) si besoin). En cas de délai de disponibilité déraisonnable par rapport au stade présumé du travail, la sage-

femme oriente la femme/le couple vers la maternité de référence par ses propres moyens ou après appel du Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) si besoin.

Pour rappel, afin d'éviter les accouchements inopinés (à domicile, sur la route...), [la loi](#) prévoit la possibilité d'un hébergement temporaire non médicalisé pour les femmes domiciliées à plus de 45 minutes de la maternité adaptée la plus proche.

## V) En cas de non-éligibilité ou de désaccord sur l'éligibilité

### A. Non-éligibilité

Si une patiente est non éligible à lAAD, la sage-femme délivre une explication compréhensible et éclairée sur les risques de lAAD et la (ou les) raison(s) de non-éligibilité pour cette patiente, lui fait signer le document traçant l'information et conserve celui-ci (Annexe IV. Information patiente en cas de non-éligibilité à lAAD). La SF AAD oriente la patiente vers une maternité adaptée au risque. La SF AAD, selon le souhait de la patiente, participe au parcours pré et postnatal en coordination avec l'équipe obstétricale hospitalière.

### B. Gestion des désaccords

Si un désaccord apparaît quant à l'analyse de la situation de la femme et que le choix de lAAD est, au regard des critères médicaux, déraisonnable, voire si les parents s'orientent vers un ANA :

- Assurer une traçabilité soigneuse en vue de rendre compte ;
- Reprendre les explications, si possible avec un nouveau professionnel ;
- S'appuyer sur l'entourage
- Tenter de mieux comprendre l'origine de cette obstination, pour mieux la prendre en compte ;
- Solliciter l'autorisation de la patiente de partager cette configuration avec d'autres professionnels ;
- Si l'obstination persiste, assumer qu'il y aura un arbitrage impossible entre une coopération imposée mais qui augmente la sécurité ou un retrait qui expose à un risque augmenté. En dehors d'un contexte d'urgence où la SF AAD peut se rendre auprès de la patiente avec appel concomitant au SAMU, il faut préserver avant tout la sécurité professionnelle de la SF, selon le code de déontologie qui lui est propre.

Lorsqu'un professionnel de santé considère que le choix de la patiente/du couple expose la femme et/ou son enfant à naître à un danger d'une particulière gravité, il en informe le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) au minimum après avoir averti la patiente/le couple et au mieux avec son/leur accord.

### C. Accouchement Non Accompagné (ANA)

Un désaccord entre la patiente et la SF AAD sur l'éligibilité à lAAD peut conduire certaines patientes au choix d'un ANA. Dans ce cas, il semble indispensable de transmettre au mieux à cette patiente les éléments objectifs qui attribuent à cette naissance à venir une haute probabilité de nécessité d'intervention médicale, y compris en termes de préservation du pronostic vital et de tracer cette information.

Si la patiente maintient son projet d'ANA, il est extrêmement important de considérer avant tout l'objectif de sécurité de la patiente. Ainsi, il est nécessaire de travailler collectivement à préserver le lien qu'elle a pu avoir avec les professionnels de santé et notamment sa sage-femme libérale. Les consultations anténatales à venir doivent permettre d'évoquer avec la patiente, si le couple conserve son projet, le lieu optimal dans son logement (accès facile des secours, rez-de-chaussée...), les signes nécessitant l'appel impératif au SAMU, les modalités d'appel des secours et le contenu du message.

Il pourrait être opportun que la sage-femme libérale, professionnelle ressource de la patiente, puisse confier à celle-ci un document synthétique comportant les principaux éléments médicaux (antécédents et grossesse actuelle). Ce mini-dossier pourrait comporter également les examens biologiques et échographiques (dont la carte de groupe sanguin).

Avec l'accord de la patiente, il peut être fait une pré-alerte au SAMU (cf Annexe V. "Fiche pré-signalement SAMU - ANA") permettant un traitement prioritaire de son appel le cas échéant. Si toutefois la sage-femme était appelée pour intervenir à domicile, il reste possible pour elle de s'y rendre à condition d'un appel immédiat au SAMU avant le départ au domicile ou pendant le trajet ("assistance d'une personne en danger"). On rappelle que le SAMU intervient toujours en cas d'urgence et d'appel quelle que soit la situation qui a conduit au problème.

Dans ce contexte, il est déterminant que les professionnels qui rencontrent et renconteront la patiente, y compris dans un contexte d'urgence, parviennent à adopter une **posture bienveillante, non jugeante, non culpabilisante**, la seule optimale pour le soin à l'instant présent.

Le signalement au procureur dans le but d'une protection de l'enfant à naître n'est pas adapté puisque le fœtus n'a pas de statut juridique. La loi n'interdit pas d'accoucher sans professionnel de santé. Une saisie du Procureur risque de conduire à une rupture du lien de soin.

Dans ce type de situation difficile, comment peut-on préserver les professionnels d'un risque médico-légal ?

L'élément essentiel, est de disposer d'une **tracabilité** parfaite et détaillée de l'information qui a été délivrée à la patiente et au couple.

Il est impératif de **respecter le secret médical**, de ne faire aucune transmission entre professionnels à l'insu de la patiente et d'utiliser une **messagerie sécurisée** quand les échanges permettent une identification des personnes patientes et professionnels (ex : MonSisra).

Dans le cadre de l'urgence, s'interroger sur ce qui conduit une femme ou un couple à adopter des projets en rupture avec le système de soin et porteurs de risques élevés pour la mère et l'enfant à naître n'est pas la priorité et pourra faire l'objet d'entretiens ultérieurs : un cadre sécurisant et bienveillant auprès de personnes ressources (professionnels de santé, associations d'usagers...) pourra peut-être permettre de comprendre certains éléments et aider à prévenir ces ruptures avec le système de santé hospitalier.

## VI) En cas d'éligibilité à l'AAD

### A. Parcours de soin de la femme

L'acceptation d'un AAD est un processus dynamique. La faisabilité s'étudie dès que possible dans le parcours de suivi de grossesse pour trouver une validation définitive à l'accouchement. On insiste encore une fois sur la notion de relation de confiance entre la femme enceinte et le professionnel impliqué. C'est cette relation de confiance qui doit permettre à la femme de comprendre et d'accepter un changement concernant son projet.

À cet effet, **la patiente informe** la sage-femme de tout changement pouvant affecter la sécurité lors d'un accouchement à domicile. Elle **accepte d'être réorientée ou d'être transférée** à la maternité, à la demande de la SF AAD, durant la grossesse, le travail ou le post-partum en cas de complications et ou d'urgence pour elle-même, l'enfant à naître ou le nouveau-né. La SF AAD conserve la responsabilité professionnelle jusqu'au moment de la prise en charge par l'équipe médicale du SMUR ou de la maternité.

Le suivi de la patiente, du prénatal au postnatal, a pour but de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge pour toutes les femmes et leur nouveau-né. Il comprend les **consultations**, les **examens complémentaires** et les **temps d'échanges privilégiés** recommandés par la HAS dans le cadre d'une grossesse normale (sans risque ou à faible niveau de risque) et des spécificités liées au projet d'AAD. Chaque élément du suivi de la grossesse doit être **retranscrit dans le dossier médical** de la patiente qu'il soit informatisé ou papier.

#### 1. Anténatal : les spécificités du suivi d'une femme/d'un couple ayant un projet d'AAD

Le suivi se fait idéalement dans le cadre d'un **suivi global** effectué par la sage-femme libérale qui accompagne la femme/le couple dans son/leur projet d'AAD et incluant au minimum 3 des 8 **consultations prénatales** préconisées, une **préparation à la naissance autour de l'AAD** et une **visite du domicile** au cours de la grossesse.

- La SF AAD **rencontrera le coparent** qui s'inscrit volontairement en accord dans le processus d'AAD.

Si celui-ci ne peut ou ne souhaite pas assister à l'accouchement, la patiente désignera l'accompagnant(e) qui s'inscrit dans son projet et s'engage à être présent lors de l'accouchement.

Si la patiente assume seule sa grossesse, elle désignera, là aussi, l'accompagnant(e) qui s'inscrit dans son projet et s'engage à être présent.

Dans les 2 cas, la sage-femme **rencontrera au moins une fois l'accompagnant(e)**.

Pour rappel un suivi conjoint avec le service PMI-PS est parfois nécessaire en cas de vulnérabilités par exemple (cf [grille critères vulnérabilités](#) du RP2S).

- Durant la grossesse, la SF AAD envisage avec la patiente le **choix de l'établissement de recours** s'il doit y avoir un transfert. Ce choix doit être compatible avec les critères géographiques de proximité, qui primeront en cas de complication et de nécessité de transfert urgent.
- Dans ce cas, la **consultation anesthésique** du 8<sup>ème</sup> mois et une consultation avec une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien au 8<sup>ème</sup> mois pour **l'ouverture d'un dossier** sont obligatoirement proposées et fortement recommandées dans la **maternité choisie**. Cela participe à la sécurité des soins et à la qualité de l'accueil en cas de transfert. La patiente doit prendre les rendez-vous. Néanmoins, si la patiente n'a pas consulté dans la maternité de recours, elle sera prise en charge avec bienveillance et respect dans le cadre d'un parcours d'urgence.
- La sage-femme AAD, durant la grossesse (9<sup>ème</sup> mois), et avec l'accord de la patiente :
  - Effectue la **pré-identification** de la femme en tant que « patiente remarquable » en vue d'un accouchement à domicile auprès du SAMU et au moyen de la fiche de signalement (ANNEXE VI. Fiche de pré signalement SAMU – AAD). Cela permet qu'en cas d'appel depuis le numéro enregistré, la fiche « coordonnées » soit immédiatement disponible pour la régulation.
  - **Prépare et préremplit les documents** qui pourraient accompagner la patiente en cas de transfert : ANNEXE VII. Fiche synthèse – Partogramme – Surveillance post partum + ANNEXE VIII. [Fiche de transfert nouveau-né](#) + comptes-rendus des échographies, carte de groupe sanguin et résultats des analyses biologiques.

## 2. Per partum (Travail – Accouchement – Post-partum immédiat)

Le matériel nécessaire à l'accouchement est listé en ANNEXE IX. Fiche Matériel minimal pour un accouchement à domicile. La SF AAD complète au fur et à mesure la « fiche synthèse – Partogramme – Surveillance post partum (Annexe VII) » et la fiche « Transfert nouveau-né » (Annexe VIII).

Le Réseau Périnatal des 2 Savoie recommande la présence au moment de la naissance de **deux professionnels de santé** formés à la gestion des urgences obstétricales et aux gestes de réanimation néonatale.

La SF AAD est invitée à se rapprocher de la SF coordinatrice référente de la maternité de recours (voir ci-dessous VII) afin de convenir si l'équipe de salle de naissance souhaite ou non être informée de l'accouchement en cours.

### a) Lorsque le projet d'AAD se réalise sans recours à un transfert

La SF AAD rédige un **compte-rendu** d'accouchement, le **certificat d'accouchement** et la **déclaration de naissance** qu'elle remet à la patiente pour faire valoir ce que de droit. Elle complète le **carnet de santé de l'enfant\*** qu'elle remet aux parents.

Avec l'accord de la patiente, la SF AAD informe l'établissement de recours que la patiente a accouché.

Avec l'autorisation de la patiente, un compte-rendu d'accouchement est envoyé au médecin traitant et/ou aux autres professionnels de santé référents de la patiente.

Si une fiche pré-identification « patiente remarquable » a été transmise au SAMU en anténatal, la SF AAD informe le SAMU lorsque que l'accouchement a eu lieu afin que le SAMU puisse détruire la fiche.

## b) Lorsque le projet d'AAD conduit à un transfert

Dans un contexte d'AAD, un transfert de la femme et/ou de son enfant vers la maternité de recours choisie peut être nécessaire à tout moment, que ce soit à la demande de la patiente ou à la demande de la SF AAD, dans des conditions d'urgence ou non.

Dans toutes les situations, la SF AAD doit effectuer des **transmissions orales et écrites complètes** aux équipes (secours et hospitalières) qui assurent la suite de la prise en charge de la femme et/ou de son enfant. La patiente et/ou son nouveau-né est/sont accompagné(s) de son/leur **dossier médical** (+ **certificat d'accouchement, déclaration de naissance et carnet de santé de l'enfant\*** complété si la patiente a déjà accouché).

*\*NB : La SF AAD commande les carnets de santé en anténatal (une à deux fois par an) auprès du conseil départemental du département du domicile des parents (Annexe X. Modalités de commande des carnets de santé).*

### - Transfert sans urgence

Le transfert sans urgence peut se réaliser au moyen d'un véhicule personnel autre que celui du professionnel. En l'absence de véhicule disponible dans un délai raisonnable, il est possible d'appeler le centre 15 pour l'envoi d'un vecteur non médicalisé.

Il est souhaitable que le SF AAD puisse accompagner la patiente et contribue à transmettre les informations utiles à la continuité des soins.

### - Transfert en urgence

#### ✓ Organisation du transfert

Aussitôt qu'une décision de transfert est prise :

- **L'Appel du SAMU (15) est la première chose à réaliser.** L'appel peut être passé par la SF AAD ou l'accompagnant, avec le téléphone référencé au niveau de la cellule de régulation du SAMU qui a été sorti à l'arrivée au domicile de la SF AAD (cf Annexe XI. Check-list « Message d'alerte au SAMU »). Le délai de transfert incompressible engendrant un retard à la prise en soins, il est indispensable d'anticiper au maximum l'appel à l'aide.
- On organisera systématiquement une **conférence à 3** entre SF AAD, médecin régulateur, et gynécologue-obstétricien/pédiatre (selon le professionnel concerné par le transfert) pour exposer au mieux la situation et organiser le transfert dans les meilleures conditions.
- Ne pas hésiter à appeler le service de réanimation néonatale du CHMS pour demander un avis concernant une urgence néonatale et/ou pour un renfort SMUR néonatal : 04.79.68.69.53 (appel enregistré).
- La SF AAD contacte la maternité d'accueil et le médecin spécialiste de garde (obstétricien ou pédiatre) pour lui exposer la situation, et transmettre les éléments utiles à la continuité des soins.
- Un dossier médical complet et à jour accompagnera toujours la patiente et/ ou son nouveau-né.

Dès l'arrivée du SAMU, la SF AAD se présente et réalise un **briefing** de la situation à l'équipe médicale du SMUR. En concertation (SF AAD / équipe médicale SMUR), la situation est **réévaluée** et le **leader** de la gestion de l'urgence obstétricale et/ou néonatale est explicitement désigné. La patiente et son nouveau-né sont sous la responsabilité de l'équipe médicale du SMUR qui assure la continuité des soins entre le domicile et l'établissement de santé en tenant compte des soins déjà effectués par la SF AAD. La SF peut conserver sa place dans la prise en charge obstétricale ou pédiatrique jusqu'au départ du domicile voire l'arrivée à la maternité de recours. En pratique, la SF peut par exemple effectuer des gestes obstétricaux techniques (mancœuvres obstétricales, RU...), lister et checker les actions/étapes de la prise en charge d'urgence via un document d'aide cognitive partagé, transmettre les informations à l'équipe de recours, veiller au lien avec la famille.

✓ **Délai et modalités de transfert**

Le transfert sera organisé par le SAMU Centre 15 et ses modalités dépendront des possibilités au moment de la demande de transfert. Le choix du type de vecteur envoyé et le délai d'intervention dépendront des disponibilités d'équipes au moment de la demande de transfert et du degré d'urgence estimé.

L'information sur ce sujet doit impérativement avoir été délivrée lors de l'établissement du projet d'AAD, et cela de façon systématique et en amont de toute complication médicale.

✓ **Présence auprès de la patiente durant le transfert**

Il est également souhaitable que la SF AAD puisse accompagner la patiente et faire un lien avec l'équipe de maternité. Dans certains cas la présence de la SF AAD peut être requise durant le trajet pour contribuer aux soins (gestes obstétricaux) en collaboration avec l'équipe du SMUR.

La SF AAD peut être transportée dans le véhicule utilisé par le SMUR dans la limite des places disponibles et selon la réglementation (nombre de places limitées légalement à l'arrière d'un VSAV\* ou d'une UMH\*). Dans ce cas, elle doit prévoir par ses propres moyens son retour de l'établissement vers son domicile.

L'accompagnant(e) ou le co parent se rendra par ses propres moyens à la maternité.

\*VSAV = *Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes*   \*UMH = *Unité Mobile Hospitalière*

✓ **Lieu de transfert**

Pour les mères, comme pour le nouveau-né, le transfert est réalisé vers l'établissement de santé au plateau technique **adapté le plus proche**. Dans certaines situations d'urgences, le transfert doit avoir lieu vers l'établissement de santé **le plus proche** quel que soit son plateau technique (ex : anomalies du rythme cardiaque fœtal...). La discussion sur le lieu de transfert se fera facilement en conférence à 3 (médecin régulateur et SMUR sur place / GO ou pédiatre des établissements de recours / SF AAD). Pour les situations anténatales, se référer au protocole RP2S « [Parcours ville-hôpital : Critères d'orientation dans les situations d'urgences obstétricales sévères](#) ».

### 3. Postnatal

Après le post-partum immédiat et avant de quitter le domicile, la SF AAD vérifie que la prise en charge peut se poursuivre à domicile : le couple mère-enfant relève-t-il toujours du « bas risque médical, psychique et social » selon les [critères de la HAS de 2014](#)? Cette question doit se poser à chacune des visites à domicile du couple mère-enfant par la sage-femme libérale. Si la réponse est « NON », une réorientation ou un transfert vers la maternité doit être organisé par la sage-femme (cf paragraphe précédent).

Le suivi postnatal comprend :

- **2 à 3 visites à domiciles au minimum les 3 premiers jours suivants la naissance** comprenant une **surveillance de la mère et de l'enfant** selon les recommandations de bonne pratique de la HAS de 2014 « *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés* ». Dont une première visite au maximum 24 heures après la naissance.

Après le 3<sup>ème</sup> jour suivant la naissance, une visite est systématiquement planifiée selon l'appréciation de la sage-femme libérale.

Une visite supplémentaire est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme libérale.

### B. Parcours de soin de l'enfant

Le parcours de soin d'un enfant né à domicile dans le cadre d'un AAD est le même que celui d'un enfant né à l'hôpital et qui relève selon les critères de la HAS de 2014, du « bas risque médical, psychique et social ».

Les spécificités de ce parcours sont uniquement d'ordre organisationnel. La SF AAD doit tout mettre en œuvre pour que les nouveau-nés qu'elle prend en charge dans un contexte de naissance à domicile bénéficient de tous les soins recommandés et que les parents accepteront.

Même en cas d'allaitement maternel, une supplémentation en vitamine D et en vitamine K est recommandée :

- **Vitamine D2 ou D3** : 400 à 800 UI/j (cf Fiche repère « [Usage de la vitamine D chez le nouveau-né](#) » - FRPN)
- **Vitamine K** : 2mg PO à la naissance ; 2mg PO 72h entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> jour près la naissance. De plus, prescrire 2mg PO à 1 mois après la naissance si allaitement maternel (cf [reco](#) de la SFN).

## 1. Dépistages néonataux

La SF AAD a l'obligation d'informer les parents du programme de dépistage national néonatal (cf Annexe XII. Document d'information pour les parents sur les dépistages néonataux – FFRSP).

### a) Dépistages biologiques (Guthrie)

Les dépistages biologiques sont obligatoirement proposés aux parents par la sage-femme (cf [Guide pour les professionnels](#) et [site RP2S](#)), qui devra recueillir leur consentement (signature nécessaire pour recherche génétique/mucoviscidose). Le prélèvement doit être réalisé **dès que possible à partir de H48 et toujours avant H84**. Comme pour tous les dépistages biologiques réalisés en ville, il appartient au **professionnel** qui réalise l'examen de poster dans **les plus brefs délais** les cartons buvards (à ne pas confier aux parents) de préférence dans une boîte aux lettres relevée régulièrement (idéalement bureau de poste).

Dans le cas où les parents acceptent de réaliser ce dépistage, la SF AAD informe le Centre Régional de Dépistage Néonatal (CRDN) qu'un nouveau-né né à domicile a ou va être prélevé pour permettre au CRDN de pouvoir repérer un buvard perdu (Ligne téléphonique avec répondeur : 04.76.76.58.95).

Dans le cas où les parents ne souhaitent pas réaliser ce dépistage, la sage-femme recueille leur signature sur le [formulaire](#) type de refus et l'archive.

Après en avoir informé les parents, la sage-femme :

- ✓ Informe le Centre Régional de Dépistage Néonatal (CRDN) du refus des parents ;
- ✓ Renseigne et transmet au CRDN un buvard de prélèvement sans prélèvement sanguin (buvard blanc) ;
- ✓ Inscrit l'information dans le carnet de santé du nouveau-né « dépistage non réalisé à la demande des parents ».

### b) Dépistage de la surdité

Le dépistage de la surdité congénitale doit être obligatoirement proposé (cf [site RP2S](#)). Il appartient aux sages-femmes ou praticiens effectuant des accouchements à domicile de proposer aux parents ce dépistage avec un rendez-vous pour test à prévoir au cours de la deuxième ou troisième semaine de vie. (cf [Procédure DNS](#) dans le RP2S et [Proposition d'organisation du DNS en contextes de naissance atypiques](#)). Ce dépistage ne peut être effectué qu'avec le consentement des parents. Pour permettre l'accès aux tests de dépistage aux nouveau-nés nés à domicile dans le cadre d'un AAD, et conformément au cahier des charges régional, les sages-femmes et praticiens AAD doivent :

- ✓ soit passer convention avec une maternité du secteur ;
- ✓ soit avoir recours à un ORL ou un pédiatre du secteur libéral équipé de matériel permettant les tests automatisés, oto-émissions acoustiques (OEA) ou potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) et qui participe au dépistage en lien avec l'URPHE.

NB : actes pris en charge à 100% avant J12 et dans les 30 premiers jours de vie si réalisé en établissement de santé.

En cas de refus parental, la SF AAD, après en avoir informé les parents :

- ✓ Recueille si possible la signature des parents sur le formulaire type de refus, l'archive, et en informe obligatoirement l'URPHE.
- ✓ Inscrit l'information dans le carnet de santé du nouveau-né « dépistage non programmé à la demande des parents ».

### c) Dépistage des cardiopathies congénitales

Ce dépistage est recommandé chez tous les nouveau-nés mais ne repose pas sur des obligations réglementaires. Il consiste en la mesure de la saturation en oxygène (SpO<sub>2</sub>) pré et post-ductale du nouveau-né, à partir de 6 heures de vie. Ce dépistage clinique permet de sécuriser le suivi au domicile du nouveau-né, en prévenant les décompensations post-natales. Il est facilement réalisable à domicile comme en maternité (cf [protocole](#)).

## 2. Consultations du nouveau-né

Comme pour tous les nouveau-nés :

- Un examen médical est obligatoire dans les 8 premiers jours du nouveau-né, donnant lieu à la réalisation d'un certificat médical. La patiente prendra rendez-vous auprès d'un médecin (pédiatre, médecin généraliste ou médecin de PMI).
- Depuis 2019, l'examen de santé durant la 2ème semaine de vie est obligatoire en France pour chaque nouveau-né. C'est une consultation qui doit être réalisée obligatoirement par un médecin (pédiatre, médecin généraliste, médecin de PMI). La patiente prendra rendez-vous pour son bébé de préférence entre le 6ème jour et le 15ème jour de vie. Elle pourra présenter au médecin la [fiche support](#) de déroulé pour cette consultation proposée par le RP2S.

## VII) Liens entre les professionnels (SF AAD – maternité – SAMU)

### Rappel du code de déontologie des médecins

- ARTICLE R.4127-4 : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. [...]* »
- ARTICLE R.4127-68 : « *Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. Avec l'accord du patient, le médecin échange avec eux les informations utiles à leur intervention.* »

### Rappel du code de déontologie des sages-femmes

- ARTICLE R.4127-303 du code de la santé publique - Modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à toute sage-femme dans les conditions établies par la loi. [...]* »
- ARTICLE R.4127-356 du code de la santé publique : « *Lorsqu'une sage-femme est appelée auprès d'une patiente suivie par une autre sage-femme, elle doit respecter les règles suivantes : [...] La sage-femme appelée doit s'abstenir de réflexions désobligeantes et de toute critique concernant les soins donnés précédemment.* »
- ARTICLE R.4127-359 du code de la santé publique : « *Les sages-femmes doivent entretenir de bons rapports, dans l'intérêt des patientes, avec les membres des professions de santé. Elles doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci.* »

Le réseau encourage les établissements à désigner un professionnel de référence, de préférence une sage-femme de l'encadrement, que les sages-femmes libérales peuvent contacter directement avec l'accord de la patiente, au sujet d'un projet d'AAD. Cette personne référente pourra ensuite, si besoin, faire le lien avec le reste de l'équipe médicale. Un annuaire des référents de chacune des maternités du réseau est disponible sur demande auprès du secrétariat du RP2S : [rp2s@ch-metropole-savoie.fr](mailto:rp2s@ch-metropole-savoie.fr)

Le réseau insiste sur l'absolute nécessité de **respecter le secret professionnel**, de ne faire aucune transmission entre professionnels à l'insu de la patiente et d'utiliser une **messagerie sécurisée** quand les échanges permettent une identification des personnes patientes et professionnels (ex : MonSisra).

## VIII) Liens avec le RP2S

### A. Déclaration des évènements indésirables

Les professionnels acteurs des AAD s'engagent à déclarer les évènements indésirables survenus lors de la prise en charge d'une patiente à domicile à l'ARS et au RP2S, selon la [procédure RP2S](#) afin, dans une démarche qualité, d'en faire une analyse des causes et de proposer des pistes d'amélioration.

### B. Formation des SF libérales réalisant des AAD

Les SF AAD s'engagent à se former (Réanimation néonatale, Urgences vitales maternelles, Urgences obstétricales...). Le réseau RP2S y contribue en organisant sur demande des formations spécifiquement à destination des SF AAD, dans la mesure de ses possibilités.

### C. Recueil d'activité annuel

Les SF AAD transmettent au réseau les chiffres d'activité avec au minimum le nombre exhaustif d'accouchements à domicile accompagnés (ANNEXE XIII. Tableau de recueil d'activité mensuel ou annuel).

## Les documents de référence

- Arrêté du 29 avril 2022 fixant les conditions d'accès à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants prévus par le décret n° 2022-555 du 14 avril 2022
  - « Accouchement normal : Accompagnement de la physiologie et interventions médicales » HAS Recommandations – Décembre 2017 (Mise à jour nov 2023)
  - « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées » HAS Recommandations – Mai 2016
  - « Grossesse à risque : Orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement » HAS Recommandations – Décembre 2009
  - « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » HAS Recommandations – Mars 2014
  - « Organisation du programme national de dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale » – Arrêtés du 9 novembre 2022, du 22 février 2018 et du 23 avril 2012
- 

## Liste des annexes – Documents supports

ANNEXE I	Document d'information AAD pour les professionnels – FFRSP
ANNEXE II	Document d'information général AAD pour les familles – FFRSP
ANNEXE III	Fiche Accessibilité et organisation du lieu d'accouchement
ANNEXE IV	Lettre d'information patiente en cas de non-éligibilité à l'AAD
ANNEXE V	Fiche de pré-identification « patiente remarquable » SAMU - ANA
ANNEXE VI	Fiche de pré-identification « patiente remarquable » SAMU - AAD
ANNEXE VII	Fiche synthèse – Partogramme – Surveillance post partum
ANNEXE VIII	Fiche de transfert nouveau-né
ANNEXE IX	Fiche Matériel minimal pour un accouchement à domicile
ANNEXE X	Modalités de commande des carnets de santé
ANNEXE XI	Check-list « Message d'alerte au SAMU »
ANNEXE XII	Document d'information sur les dépistages néonataux pour les familles – FFRSP
ANNEXE XIII	Tableau de recueil d'activité mensuel ou annuel

## Composition groupe de travail et groupe relecteur du RP2S

<b>GROUPÉ DE TRAVAIL RP2S</b>	BATICLE Anaëlle	Médecin urgentiste – SAMU 73
	BOUR Dominique	SF coordinatrice CHAM
	BRODET REVILLOD Gaëlle	SF libérale réalisant AAD
	BURDIN Cécile	SF HPMB – formateur simu RP2S
	DESSIOUX Emmanuelle	Pédiatre néonatalogue cheffe de service HPMB
	DONNEZ Nathalie	SF indépendante Suisse réalisant AAD
	DUBOIS Claire	Gynécologue-Obstétricienne au CHMS – Trésorière du RP2S
	EDOUARD Marie	SF indépendante Suisse réalisant AAD
	FANTINATO Noëllie	SF des Hôpitaux – Coordonnateur en maïeutique – Cadre soignant du pôle FME du CHANGE
	FIANDINO Sandrine	SF libérale réalisant AAD
	GERVAIS Anaïs	SF CHAL
	JOUBERT Anne-Laurence	SF coordinatrice HPMB
	JOUVENOZ Emilie	SF coordinatrice CHAL
	MARQUAND Marine	SF – Coordination RP2S
	MESNAGE Aurore	SF libérale réalisant AAD
	MONNIN Céline	SF coordinatrice de pôle CHAL
	MOREILLON DELACHAUX Evelyne	SF indépendante Suisse réalisant AAD
	NICOLAS Marion	SF libérale réalisant AAD
	OUDJAOUDI Cécile	SF libérale réalisant AAD
	PEYRET Blandine	Pédiatre néonatalogue au CHANGE – Vice-secrétaire du RP2S
	PIROIT Gisele	SF libérale réalisant AAD
	POMEL Céline	SF CHAL
	PROST Sylvain	Médecin urgentiste – Chef de service SAMU 01
	PUEL WELTY Marie-Aude	Pédiatre néonatalogue CHMS – Formateur simu RP2S
	RAYAPPA Claire	SF libérale réalisant AAD
	RENZI Pamela	SF libérale réalisant AAD
	RODET François	SF libérale réalisant AAD
	ROUPIEZ Thierry	Médecin urgentiste – Chef de service SAMU 74
	SAAD Ella	SF libérale réalisant AAD
	SEGUIN Mathilde	SF libérale réalisant AAD
	VERRECCHIA Catherine	SF coordinatrice CHANGE site St Julien en Genevois
<b>GROUPÉ RELECTEUR RP2S</b>	AUGERT Karen	Représentante des usagers (Jumeaux et plus)
	DELERCE Sandrine	SF coordinatrice HDL
	DURAND Catherine	Pédiatre – Coordination RP2S
	LE ROUX Sylvie	SF Cadre supérieure de Santé au CHANGE, chargée de mission auprès de la direction déléguée du site SJU et de la Direction des soins – Vice-présidente RP2S
	MENJOZ Fabienne	SF des Hôpitaux - Coordonnateur en maïeutique – Cadre soignant du Pôle Mère-enfant du CHMS
	RYBAKOWSKI Cécile	Pédiatre néonatalogue au CHMS – Coordination du réseau DeveniRp2s
	THERY Grégoire	GO Chef de service maternité aux HDL – Président du RP2S
	USSEGGLIO POLATERA Pascal	Médecin urgentiste – Chef de service SAMU 73
	EVRAUD Anne	Représentante des usagers (CIANE)
	RAMEAU Dorothée	Représentante des usagers (CIANE)

## Composition groupe de travail du RPAI

GROUPE DE TRAVAIL RPAI	BERNE AUDEOUD Frédérique	Pédiatre RPAI
	BRUNET Géraldine	SF Libérale
	COMBET BLANC Laurence	SF Coordinatrice de pôle CHUGA VOIRON
	DOROSTGOU Reza	SAMU
	DUSONCHET Pierre	SF URPS SF
	EPIARD Chloé	Pédiatre CHUGA
	EQUY Véronique	Gynéco-Obstétricienne RPAI
	EVARD Anne	Représentante des usagers- CIANE
	FIANDINO Sandrine	SF Libérale réalisant AAD
	GENSE Aurore	SF Libérale
	JEANNIN Marianne	SF Coordinatrice RPAI
	NICOLAS Marion	SF Libérale réalisant AAD
	OUDJAoudi Cecile	SF Libérale réalisant AAD
	PERESSE Geneviève	SF représentant le Conseil de l'Ordre des SF
	PIROIT Gisèle	SF Libérale réalisant AAD
	RAMEAU Dorothée	Représentante des usagers – CIANE
	RIOU Johanne	SF Libérale réalisant AAD
	SANTAILLER Marjorie	SF Clinique des Cèdres
	SURZUR Marie Ange	SF Libérale
	VASSORT Nadine	SF Coordinatrice de pôle CHUGA HCE