

ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ A DOMICILE

FUTURS PARENTS

**Vous faites le projet d'un accouchement accompagné à domicile
ce document national vous informe...**



FFRSP

Fédération Française
des Réseaux de Santé en Périnatalité

Un groupe de travail autour de la gestion des risques de l'Accouchement Accompagné A Domicile (AAD), piloté par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) et regroupant les instances suivantes : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD), Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO), Collectif de Défense de l'Accouchement A Domicile (CDAAD), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), SAMU Urgences de France, Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) et Société Française de Néonatalogie (SFN), souhaite porter à votre connaissance :



LE CONTEXTE FRANÇAIS ACTUEL

L'accouchement accompagné à domicile (AAD) par un professionnel de la naissance, sage-femme (SF) ou médecin, **ne bénéficie, en France, d'aucune loi spécifique, d'aucune obligation organisationnelle nationale, ni d'aucune recommandation professionnelle pour sa pratique.**

Des documents ont été produits par des associations de professionnels comme l'Association Nationale des SF Libérales (ANSFL) qui a établi « une charte de l'accouchement à domicile » et l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) qui propose à ses SF adhérentes des référentiels de pratiques.



LA NECESSITE D'UN ACCOMPAGNEMENT PAR UNE SF OU UN MEDECIN DIPLOME :

Dans ce contexte, il est primordial de pouvoir vérifier que la personne qui vous accompagne est bien une sage-femme ou un médecin inscrit au tableau de son conseil de l'ordre.

Les professionnels pratiquant des AAD n'ont pas la possibilité de bénéficier d'une assurance professionnelle pour cette pratique.

Si un préjudice est reconnu par la justice et que la responsabilité du professionnel (SF ou médecin) est engagée, que ce soit pour la mère ou le nouveau-né, une compensation financière pourrait être attribuée à la famille. Cependant, l'absence d'assurance pourrait rendre plus difficile son versement.

DONNEES DE L'APAAD :

Le rapport annuel de l'APAAD est la seule source de données existante concernant l'AAD en France et sa méthodologie n'est pas certifiée. Les données sont **recueillies et traitées par l'association à partir des éléments transmis par les SF volontaires, sans garantie d'exhaustivité.**

Selon le dernier rapport établi en 2023 avec les données de 2018 à 2022 :



Environ 90 SF pratiquent l'AAD

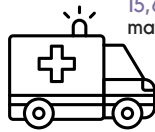


5 186 femmes ont accouché à domicile en 5 ans (0,14% des naissances vivantes françaises)

Ces femmes sont en grande majorité à bas risque obstétrical (tout au long de leur grossesse et de leur accouchement), c'est-à-dire qu'elles **ne sont porteuses d'aucune pathologie**, liée ou non à la grossesse, et le fœtus ne présente aucune **anomalie dépistée**. **Le début de travail a lieu à la période attendue d'une naissance normale (naissance dite à terme) avec un fœtus se présentant la tête vers le bas.**

Un transfert vers une maternité peut s'avérer nécessaire avant, pendant ou après la naissance. Il peut être fait à la demande de la femme ou pour des raisons médicales plus ou moins urgentes impliquant parfois le recours aux services d'urgence.

Selon le rapport de l'APAAD, en 5 ans :



15,6% des femmes ont été transférées vers une maternité avant ou après l'accouchement.



et 1,2% des nouveau-nés.

Concernant les complications :



Chez la mère, la principale à craindre est celle de l'hémorragie du post-partum (après la naissance). Sa forme la plus sévère, avec une perte de sang supérieure à 1 litre, aurait concerné 1,6% des femmes ayant accouché à domicile entre 2018 et 2022 selon l'APAAD.

Chez le nouveau-né, des gestes de réanimation (aide pour respirer, soutien du fonctionnement du cœur) ont été nécessaires dans 1,2% des cas.



Une situation proche qui peut être analysée, sans toutefois être totalement comparable, est celle des femmes accouchant en Maison de Naissance (MDN). Il existe, pour complément d'information, un rapport publié par l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) qui est exhaustif et dont la méthodologie est validée au niveau national.

Consultez le rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en Maisons de Naissances en France de novembre 2019, en flashant le QR code ou à l'adresse ci-dessous :



<https://ffrsp.fr/2023/11/21/rapport-detude-sur-la-qualite-des-soins-prodigues-en-maisons-de-naissance-en-france/>

DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE



La littérature étrangère montre moins d'interventions médicales chez les femmes accouchant à domicile par rapport à celles accouchant en maternité, notamment chez les femmes ayant déjà eu au moins un enfant, mais rapporte un surrisque de complications, parfois graves, chez le nouveau-né.

Ces résultats ne peuvent être totalement transposables à notre pays car l'organisation des soins est différente. Concernant les pratiques françaises, il existe peu de publications et elles sont de faible niveau de preuve (le niveau de preuve est la capacité à répondre à la question posée ; il se classe en 3 niveaux : fort, intermédiaire et faible).

Retrouvez toute la bibliographie en flashant le QR code ou à l'adresse ci-dessous :



https://www.canva.com/design/DAFVL5OCSyU/-svfQq0KzPjAVI1yepk2NQ/view?utm_content=DAFVL5OCSyU&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink

LA CONCLUSION DES SIGNATAIRES DE CE DOCUMENT D'INFORMATION

Le petit nombre d'AAD en France, la relative rareté des événements de santé graves chez la mère ou le nouveau-né et la sélection des patientes ne permettent pas d'évaluer le risque pour la femme. **Il est toutefois important de préciser qu'en cas de complication(s), pour la mère ou le nouveau-né, le délai d'accès à des moyens humains et matériels hospitaliers adaptés majeure le risque que cette complication soit grave ou mette en jeu le pronostic vital.**

L'ensemble des signataires de ce document œuvrant conjointement à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge pour toutes les femmes et leur nouveau-né, un consensus a été trouvé pour que la liste des consultations et examens recommandés pour toute grossesse à bas risque soit complétée de recommandations complémentaires spécifiques à un projet d'AAD. Ces éléments apparaissent **en gras** :



Les 8 consultations anténatales recommandées par la HAS (avant 8 semaines de grossesse (SG), avant 13 SG, puis tous les mois du 4^{ème} au 9^{ème} mois)

Le bilan de prévention prénatal



L'entretien prénatal précoce dès le 4^{ème} mois

Les 7 séances de préparation à la naissance et la parentalité



Les 3 échographies (une à chaque trimestre de grossesse)

Les examens de biologie suivants :

- Groupe sanguin,
- Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) (6^{ème} et 8^{ème} mois)
- Hémogramme au 6^{ème} mois
- Prélèvement vaginal au 8^{ème} mois à la recherche du portage de streptocoque B
- Bandelette urinaire et glycosurie/protéinurie tous les mois
- Sérologies de la toxoplasmose/rubéole/hépatites B et C/VIH/syphilis
- +/- Hyperglycémie provoquée orale (dépistage du diabète gestationnel)



La consultation d'anesthésie entre les 7^{ème} et 8^{ème} mois de grossesse dans la maternité la plus proche (celle où serait transférée la patiente)

La consultation avec une sage-femme ou un gynécologue obstétricien dans la maternité la plus proche (celle où serait transférée la patiente) au 8^{ème} mois pour ouverture d'un dossier et information



L'entretien postnatal précoce entre les 4^{ème} et 8^{ème} semaines suivant l'accouchement.

Votre projet de naissance est une démarche de discussion et d'échanges entre vous et les différents professionnels de santé participant à votre suivi de grossesse. Il doit être explicité clairement auprès de ces professionnels dès le début des consultations. Il est susceptible d'évoluer en fonction de vos souhaits et de votre état de santé afin de répondre au mieux à vos attentes en garantissant la qualité et la sécurité de votre prise en charge.

L'AVIS DES SOCIÉTÉS SAVANTES et AUTRES STRUCTURES FRANÇAISES IMPLIQUÉES :

L'ensemble des membres du groupe de travail est engagé dans l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins de toutes les femmes et leurs nouveau-nés.

Cependant, le CARO, la SFAR, le CNPAR, le CNOM, la SFMP, le CNGOF, le SFN, la SFMU, la SUDF et la FFRSP ne font pas la promotion de l'AAD.

Avis de l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) et de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL)

En France, les sages-femmes qui répondent aux demandes des femmes souhaitant accoucher à domicile ne bénéficient pas de référentiels spécifiques. C'est pourtant le cas dans la majorité des pays dont les politiques de Santé Publique et de sécurité des naissances sont pourtant tout aussi exigeantes. Il existe de plus en plus de preuves pour considérer que la pratique des accouchements à domicile des grossesses sélectionnées, lorsqu'elle est organisée et adossée à un système de soins efficient, est une option sûre. La méta-analyse la plus récente et fiable à ce sujet conclut que "parmi les femmes à faible risque qui ont l'intention d'accoucher à domicile lorsque le travail débute, il n'y a pas d'augmentation de la mortalité ou de la morbidité périnatale et néonatale par rapport aux femmes à faible risque qui ont l'intention d'accoucher à l'hôpital". De plus, différentes études concluent que le nombre d'interventions (césarienne, épisiotomie, besoin de péridurale...) est moindre à domicile qu'à l'hôpital, surtout chez les femmes multipares. Nous pensons donc que les françaises doivent pouvoir bénéficier de ce type d'accompagnement. Toutefois, il semble qu'en cas de nécessité de transfert, les impacts sur la mortalité périnatale sont discordants en fonction des études et des pays. Les primipares sont davantage concernées que les multipares par un transfert. Il ressort également que la sélection des personnes à bas risque ainsi que l'intégration de l'AAD dans l'offre du système de soins sont des éléments déterminants pour la sécurité de ces naissances. Notre participation à ces travaux a donc pour but de renforcer la coopération entre sages-femmes et professionnel-le-s de santé hospitaliers, afin de mettre en adéquation le droit des femmes à choisir le lieu de la mise au monde de leur enfant et les bonnes pratiques professionnelles, pour leur sécurité.



Avis du Collectif de Défense de l'Accouchement A Domicile (CDAAD) :

Il est primordial qu'en France, les familles aient la possibilité de choisir le lieu et le mode de naissance de leur enfant et d'être accompagnées dans leur projet.

La demande de l'AAD est en forte hausse et répond à des attentes claires des familles concernant les conditions d'accueil de leurs enfants. **Nos savoirs expérimentiels d'usager.es** nous permettent d'affirmer que les bienfaits de l'accouchement à domicile sont multiples : **sentiment de sécurité physique et émotionnelle, liberté de mouvement, connaissance et confiance de son corps, qualité de l'Accompagnement Global à la Naissance par la même sage-femme, mise en place de l'allaitement facilitée, interventions médicales réduites et justifiées, récupération en post-partum rapide avec réduction du taux de dépressions du post-partum.**

Chacun.e est à même d'apprécier la balance bénéfico-risque et son choix doit être respecté.

Nous encourageons les parents à prendre leur décision en conscience, à partir d'une information neutre et éclairée, fondée sur des sources fiables et délivrées par des professionnels de santé à même de garantir la sécurité physique et affective de la mère et de l'enfant. Ces professionnels de santé se doivent d'accueillir vos choix et de répondre à vos questions à partir des données scientifiques à leur disposition. Un dialogue réel et une écoute mutuelle sont essentiels à l'élaboration d'un projet de naissance qui conjugue les besoins des familles et les éléments médicaux de leur dossier, conformément à la loi du 4 mars 2022 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Dans un contexte général de réappropriation de leur corps par les usager.es, reconnaître la demande d'AAD contribue à la démocratie en santé. S'engager en faveur d'alternatives à l'accouchement médicalisé, notamment à travers l'Accompagnement Global à la Naissance et l'Accouchement à Domicile, nous semble le signe annonciateur d'un progrès sociétal majeur.

Le CDAAD salue le travail effectué et l'effort des sociétés savantes d'ouvrir la discussion autour de l'AAD. Nous espérons que ce document ne soit que le premier pas vers une intégration pleine et entière de l'AAD au parcours de soin.

Vous souhaitez en savoir plus sur l'Accompagnement Global à la Naissance et l'Accouchement Accompagné à Domicile ? Vous pouvez consulter notre site internet : www.cdaad.fr et [adhérer à l'association](#).



Avis des Club Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), SAMU Urgences de France (SUDF), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et Société Française de Néonatalogie (SFN) :

« Notre participation à ce travail collaboratif a pour but d'optimiser l'information et les prises en charge des patientes ayant en projet un AAD. En aucun cas, notre participation à ces réflexions et documents ne doit être assimilée à une validation ou à une intention de promouvoir l'AAD.

Comme pour tous les accouchements, des complications non prévisibles peuvent survenir pour la mère et pour l'enfant à leur domicile. L'éloignement de la maternité, le peu de moyens disponibles sur place et la nécessité d'un transport sont des éléments de retard pour une prise en charge efficace. Le retard à la prise en charge est l'un des éléments majeurs de morbidité et mortalité maternelle et fœtale. Notre mission de praticiens est d'œuvrer pour que toutes les patientes aient accès aux soins dont elles ont besoin dans les délais les plus courts.

Pour la mère, l'hémorragie du post-partum survient dans environ 10% des accouchements sans qu'elle puisse être facilement prévisible. La rapidité et l'intensité de sa prise en charge sont les facteurs pronostiques de cette complication potentiellement mortelle. Même si une prise en charge est initiée à domicile, les moyens disponibles seront insuffisants.

Pour l'enfant, le risque de décès périnatal est environ deux fois et demi plus élevé en cas d'accouchement à domicile que lors d'un accouchement en milieu hospitalier (soit de l'ordre de 0,4%) et ce, même si la mère et le fœtus sont à bas risque en début de travail. Les risques de transfert de l'enfant en réanimation ou soins intensifs sont également significativement accrus quel que soit le niveau de risque initial. »



Avis du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) :

Le CNSF salue l'initiative de la mise en place de préconisations de coordination entre professionnels impliqués autour de l'accouchement à domicile (AAD), car ces préconisations vont dans le sens d'une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les femmes et leurs enfants.

Chez les femmes sans facteur de risque obstétrical, les événements défavorables graves existent mais restent rares. Voilà pourquoi nous préconisons, pour les limiter, que les femmes qui souhaitent accoucher à domicile soient identifiées sans facteur de risque obstétrical, qu'elles bénéficient pendant la grossesse, le travail et l'accouchement d'un accompagnement par des sages-femmes formées à cet exercice et qu'une procédure de transfert en cas de risque de complication ait été établie entre les parents, la sage-femme et la maternité la plus proche du domicile.

