

# Accouchement Accompagné à Domicile

## Points de vigilance

Mars 2023



### Quelques chiffres

En France, les associations de sage-femmes estiment à 0,4% les naissances programmées à domicile, en l'absence de statistique officielle. Cette pratique très minoritaire est plus fréquente chez certains de nos voisins européens où elle représente 16% des naissances aux Pays-Bas, 2.7% au Royaume-Uni<sup>1</sup> et 1.90% en Allemagne<sup>2</sup>.

Depuis ces dernières années, 17% des femmes souhaiteraient accoucher à domicile selon un sondage de l'IFOP datant de janvier 2021<sup>3</sup>, dans un contexte de communication croissante sur les réseaux sociaux.

### Le contexte

Les couples parentaux qui envisagent un Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) expriment un désir intense d'accéder à leur idéal de naissance dans un environnement familial qui les rassure, ainsi qu'une relation privilégiée avec la sage-femme qui accompagne cet évènement particulièrement intime.

Sensible au respect de la liberté individuelle, cette pratique tente de répondre aux attentes « d'accompagnement global » du couple pour une naissance physiologique à bas risque obstétrical<sup>4</sup>. Elle bouscule en France les pratiques obstétricales actuelles centrées sur une approche sécuritaire notamment technique.

S'il n'existe pas d'interdiction réglementaire, sa pratique n'est pas pour autant encadrée, le Conseil de l'Ordre National des sage-femmes ne se positionnant pas vis-à-vis de l'AAD.

Les pratiques de l'AAD décrites dans les études internationales<sup>5,6,7</sup> sont difficiles à transposer en France, notamment en raison de l'organisation de notre système de soins périnataux et de l'absence d'enseignement de cette pratique en formation initiale de maïeutique.

<sup>1</sup> [European Perinatal Health Report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 - 2013.](#)

<sup>2</sup> [Gesellschaft für Qualität in der außerlinischen Geburtshilfe - Geburtenzahlen in Deutschland, QUARG.](#)

<sup>3</sup> [Enquête IFOP demandée par l'association APAAD sur 1062 femmes âgées de 18 à 45 ans - Janvier 2021.](#)

<sup>4</sup> [Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales - 2018 : HAS.](#)

<sup>5</sup> [E.K. Hutton et al. Evaluation du risque de mortalité périnatale et néonatale : méta analyse sur 500 000 AAD dans 10 pays industrialisés - The Lancet. 2019.](#)

<sup>6</sup> [Faucon C, Brillac T. Accouchement à domicile ou à l'hôpital : comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Juin 2013 ; 41 \(6\) : 388-393.](#)

<sup>7</sup> [Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries : a systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2018 July ; 62 : 240-55.](#)

Certains Réseaux de santé en Périnatalité s'engagent dans une démarche de sécurisation de cette pratique à l'occasion de Revues de Morbidité-Mortalité (RMM) partagées avec l'ensemble des professionnel.le.s concerné-es.

### Objectifs

Dans ce contexte, la STARAQS invite à examiner la pratique de l'AAD selon une approche de gestion des risques, compte tenu de l'augmentation des demandes.

Ce document expose les points de vigilance identifiés lors de RMM réalisées suite à des EIGS en lien avec un AAD, déclarés par les sage-femmes libérales, avec la collaboration avec de Réseaux de santé en Périnatalité franciliens.

Ils sont présentés selon une approche chronologique, avant, pendant et après l'accouchement.

Ce document s'adresse aux professionnel.le.s :

- Sage-femmes qui pratiquent l'AAD,
- Professionnel.le.s de la prise en charge en amont et en aval,
- Réseaux de santé en Périnatalité,
- Associations professionnelles AAD.

De manière générale, les risques pour la mère, le nouveau-né et les professionnel.le.s lors de l'AAD, invitent à respecter rigoureusement les principes de l'accouchement physiologique à bas risque obstétrical, dans un environnement ne disposant pas des ressources humaines et matérielles des maternités.

## 1. LES POINTS DE VIGILANCE AVANT L'ACCOUCHEMENT

### 1.1 La sage-femme

#### Les prérequis

- La sage-femme est diplômée d'Etat et conventionnée par la Sécurité Sociale.
- La sage-femme est expérimentée et aguerrie à la pratique de l'AAD avant de l'exercer seule.
- La sage-femme connaît les pratiques obstétricales de la maternité dans laquelle la femme enceinte est inscrite.
- La sage-femme partage les informations nécessaires avec l'ensemble des acteurs de la ville et de l'hôpital qui prennent en charge la femme enceinte.

#### Le maintien des compétences

La sage-femme se forme régulièrement aux gestes d'urgences obstétricales et à la réanimation du nouveau-né, éventuellement à l'aide d'un simulateur.

Elle bénéficie des formations organisées par les maternités, le Réseaux de santé en Périnatalité et les organismes de formation professionnelle reconnus par la formation continue.

**L'engagement de la sage-femme dans la gestion des risques et l'amélioration des pratiques**

- La sage-femme participe aux RMM de la maternité d'inscription et du Réseaux de santé en Périnatalité.
- Les Evènements Indésirables concernant l'AAD sont signalés au Réseaux de santé en Périnatalité, et les Evènements Indésirables Graves sur le portail de signalement<sup>8</sup>.
- Les informations de la charte d'engagement sont régulièrement révisées et partagées entre pair-es.
- Les pratiques d'AAD sont régulièrement révisées entre pair-es.

**L'assurance professionnelle**

- La sage-femme assume les conséquences de son statut assurantiel.<sup>9</sup>
- La sage-femme connaît les modalités de l'information en cas de dommage associé aux soins.<sup>10</sup>

## 1.2 La femme enceinte

**La motivation d'accoucher à domicile**

La motivation du couple parental est explorée notamment lors de l'entretien Prénatal Précoce et de l'élaboration du projet de naissance.

- L'adhésion à une maternité d'inscription est un impératif de la sécurisation du projet d'AAD. Elle permet d'envisager l'éventualité d'une prise en charge en établissement de santé.
- La motivation première du couple à accoucher au domicile doit répondre à un choix éclairé, volontaire et réfléchi.
- Une vigilance particulière est portée si le choix d'accoucher à domicile est en opposition à un accouchement en maternité. Il doit être considéré avec prudence pour prévenir un refus de transfert nécessaire le cas échéant.
- La confiance entre la femme enceinte, le conjoint, la sage-femme, avec l'ensemble des professionnel-les susceptibles de la prendre en charge est essentielle.
- La demande d'accompagnement au moment de l'accouchement par une autre personne que le conjoint est à considérer avec attention dans un objectif de sécurisation.

Les motivations du choix d'AAD sont tracées dans le dossier de suivi de la grossesse et partagées avec les professionnels de la maternité d'inscription.

<sup>8</sup> [Portail de signalement des évènements sanitaires indésirables](#)

<sup>9</sup> *Loi Kouchner n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précisant l'obligation d'assurance professionnelle.*

<sup>10</sup> [Annonce d'un dommage associé aux soins - HAS - Mars 2011](#)

**Les antécédents contre indiquant l'accouchement à domicile**

- Les antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et familiaux pouvant compliquer la grossesse, l'accouchement, l'état du nouveau-né à la naissance et les suites de naissance sont considérés.
- Tout antécédent pouvant impacter le déroulement physiologique de la grossesse, de l'accouchement ou l'état du nouveau-né est expliqué à la femme enceinte comme une contre-indication à l'AAD (présentation non céphalique, gémellité, antécédent de césarienne, etc.).
- Les antécédents identifiés font l'objet d'un avis spécialisé suivi pour contribuer à décider du maintien de la décision d'AAD.

**L'inscription et le suivi à la maternité**

- La femme enceinte s'inscrit à la maternité de son choix en tenant compte de l'accessibilité depuis son domicile.
- Elle informe les professionnel.l.es de la maternité de son projet de naissance accompagné d'un courrier d'adressage rédigé par la sage-femme.
- Elle est reçue à la maternité d'inscription avec bienveillance de manière à favoriser son adhésion aux soins en cas de transfert.
- L'inscription à la maternité doit conduire à mener, au minimum :
  - o Une consultation obstétricale d'inscription.  
Cette consultation assure le relai du suivi en libéral en cas de contre-indication à l'AAD.
  - o Une consultation d'anesthésie réglementaire, à la recherche de pathologie maternelle à risque.
- La sage-femme s'assure de l'inscription de la femme enceinte à la maternité et récupère les comptes-rendus de ces consultations.
- La sage-femme peut solliciter une convention d'utilisation du plateau technique de la maternité d'inscription.

**Des conditions matérielles nécessaires au domicile**

- Une check-list de matériel nécessaire à l'AAD est régulièrement mise à jour par la sage-femme, incluant un dispositif d'oxygénation néonatal.
- Les conditions matérielles nécessaires à l'AAD sont vérifiées avec le couple parental au domicile.
- Le fonctionnement du réseau de communication téléphonique est vérifié in-situ.

**1.3 La charte d'engagement d'AAD****Les principes de la charte d'engagement d'AAD**

La charte d'engagement formalise les fondamentaux de la sécurisation de l'AAD. Il s'agit d'un acte de contractualisation entre la patiente, le conjoint et la sage-femme permettant de s'assurer de l'engagement sur les conditions d'un projet d'AAD.

### Les informations contenues dans la charte d'engagement d'AAD

- Les modalités de suivi pré, per, post natal.
- Les critères d'exclusion d'un projet d'AAD.
- L'éventualité d'un transfert et de ses indications : pré-partum (macrosomie fœtale, pathologie maternelle, etc.), per-partum (altération du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF), délivrance incomplète, etc.) et post-partum (hyperthermie, ictère pathologique, etc.).
- L'inscription en maternité.
- Les modalités de communication du dossier de suivi de grossesse / néonatal entre les professionnels.
- Le suivi échographique.
- Les conditions matérielles nécessaires au domicile.
- Les modalités de suivi du dépassement de terme.
- Pendant le travail, les modalités de surveillance du RCF selon les recommandations.<sup>1112</sup>
- Les actes à risque réalisés exclusivement en cas d'urgence vitale (HPP, gestes de réanimation du nouveau-né).
- Les délais moyens d'intervention du SMUR et de transfert nécessaire vers la maternité d'inscription.
- Les coûts financiers de l'AAD.
- Le statut assurantiel de l'exercice d'AAD de la sage-femme.

### La validation de la charte d'engagement

- Les informations portées à la connaissance du couple de manière individualisée, sont discutées, signées après un délai de réflexion et peuvent être complétées à tout moment.
- La sage-femme s'assure de la compréhension des informations précisées dans la charte et du choix de l'AAD, ligne par ligne, afin que les décisions éventuellement nécessaires à la sécurisation de la prise en charge soient acceptées par le couple parental.

## 2. LES POINTS DE VIGILANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

### 2.1 Les points de vigilance de la surveillance du travail

- Le partogramme<sup>13</sup> est renseigné, permettant d'identifier précocement les anomalies du travail, de faciliter la prise de décision et la communication avec les professionnels.
- Le RCF est tracé et horodaté, à minima selon les recommandations de la HAS.<sup>11 12</sup>
- L'ensemble des paramètres de suivi du travail à domicile doivent être physiologiques.
- L'information de l'AAD est réalisée par la sage-femme auprès du SAMU, dès que possible en début du travail de la parturiente au domicile.
- Une organisation permet la disponibilité d'un-e professionnel-le de santé disposant d'un diplôme réglementé, en appui lors de l'accouchement.

<sup>11</sup> *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS. 2016.*

<sup>12</sup> *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales - 2018 : HAS.* Surveillance du RCF toutes les 15 minutes pendant la Contraction Utérine (CU) et 1 min après la CU pendant la phase active, puis toutes les 5 minutes pendant la descente et l'expulsion (intégrer en bas de page)

<sup>13</sup> *Charte de l'AAD de l'ANSFL : le partogramme, outil de sécurisation de la prise en charge maternelle et fœtale.*

## 2.2 Les points de vigilance à la naissance

- L'Apgar du nouveau-né doit être au moins de 9/10/10.
- Le nouveau-né est eutrophe.
- L'examen clinique du nouveau-né est strictement normal.
- La surveillance du nouveau-né est régulièrement tracée.

## 2.3 Les points de vigilance lors de la délivrance

- La délivrance est complète, dans un délai  $\leq 30$  minutes.
- Les pertes sanguines sont  $\leq 300$  ml.
- La surveillance maternelle en post-partum immédiat est tracée selon les recommandations.

## 2.4 La sécurisation de la période post-natale

- Le suivi quotidien de la mère et du nouveau-né entre J1 et J8 est réalisé selon les bonnes pratiques.
- Les suivis quotidiens de la mère et du nouveau-né sont strictement normaux.

# 3. La gestion des risques

## 3.1 Sécuriser la survenue de pathologie pendant la grossesse

- Le suivi physiologique dépiste activement les contre-indications à l'AAD.
- La maternité d'inscription convie la sage-femme à solliciter un avis concernant le suivi d'une femme enceinte à son staff pour améliorer la qualité des décisions.
- Toute identification de pathologie maternelle ou néonatale fait l'objet d'un recours à la maternité d'inscription pour un avis spécialisé.
- En cas de consultation en urgence ou d'hospitalisation à la maternité d'inscription, le dossier de la femme enceinte renseigné par la sage-femme libérale est mis à disposition de la maternité. Un compte rendu de la consultation ou une lettre de liaison est remis à la femme enceinte et à la sage-femme libérale.
- En cas de dépassement du terme, le suivi aux explorations fonctionnelles est organisé en lien avec la sage-femme libérale. La poursuite du projet d'AAD est discutée conjointement entre les professionnel.le.s de la maternité, la sage-femme libérale et la patiente. Quelle que soit la décision prise, le suivi obstétrical se poursuit dans la bienveillance et l'engagement dans la sécurité des soins.

### 3.2 Prévenir le risque d'un « effet tunnel » pendant le travail et à la naissance

- La sage-femme ADD doit avoir conscience des conséquences du risque d'un « effet tunnel »<sup>1415</sup>, particulièrement pendant la conduite de l'AAD, en raison de :
  - Son engagement important dans un projet parental,
  - Sa proximité relationnelle avec le couple parental,
  - Sa prise de décision dans un contexte d'urgence et/ou de stress,
  - La difficulté d'anticiper les complications obstétrico- pédiatriques.
- La sage-femme a conscience du risque de tunnellation et s'en prémunit en sollicitant l'avis ou l'aide extérieure d'une tierce personne, professionnel.le de santé, avant et pendant l'AAD.
- La sage-femme considère les observations du conjoint avec intérêt, celles-ci relevant généralement d'une volonté de sécuriser la prise en charge.

### 3.3 Sécuriser l'AAD en cas de survenue de complications

- Les délais limites de la stagnation de la dilatation sont identifiées.
- Toute situation en dehors des limites de la physiologie est systématiquement communiquée à la parturiente et à son conjoint et fait l'objet d'une discussion avec une tierce personne, professionnelle de santé, pour organiser un transfert vers la maternité d'inscription.
- L'appel au SAMU en vue d'une prise en charge en urgence au domicile est réalisé dès l'anticipation ou l'identification d'un risque ou d'une complication maternelle ou fœtale.
- En cas d'opposition de la parturiente au transfert, tous les moyens pour lui faire comprendre sa nécessité sont mobilisés (référence à la charte d'AAD, sollicitation du conjoint et de la tierce personne en appui). Dans tous les cas, la sage-femme recourt au SAMU.
- En cas d'orientation de la patiente / nouveau-né, un compte-rendu écrit de suivi de grossesse et de l'accouchement avec le partogramme sont adressés avec la patiente / nouveau-né, après échanges avec la maternité de transfert.

<sup>14</sup> « L'effet tunnel » peut se produire lors d'une situation mobilisant une importante charge mentale, avec un enjeu important, une décision difficile à prendre, une tâche particulièrement technique à réaliser, etc. Focalisée sur la situation, la personne peut omettre de prendre en compte des informations à leur juste valeur, impactant la qualité de son analyse de la situation, son choix d'actions et sa bonne lecture des risques.

<sup>15</sup> [Analyse exploratoire des biais cognitifs dans les événements indésirables associés aux soins - C.Morqand, P.Cabarrot, M.Coniel, C.Lakhlifi - Mars 2022](#)