

Contribution

Accouchement Accompagné à Domicile

Juin 2021

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| GLOSSAIRE | 3 |
| I. Introduction | 4 |
| II. Vers un ADD sécur | 5 |
| A. Libre choix des femmes | 5 |
| B. Modèles étrangers | 6 |
| C. Recommandations pour la Pratique Clinique | 7 |
| D. Assurances | 8 |
| E. Sécurité Sociale | 9 |
| F. Formation Initiale | 10 |
| III. Conclusion | 11 |
| V. Bibliographie | 12 |

GLOSSAIRE

AAD : Accouchement Accompagné à Domicile

APAAD : Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile

ANA : Accouchement Non Assisté

ANESF : Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-Femmes

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CSP : Code de la Santé Publique

ICM : International Confédération of Midwife

IFOP : Institut Français d'Opinion Public

MDN : Maison de Naissances

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

SF : Sages-Femmes

I. Introduction

L'Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) est un accouchement ayant un pronostic physiologique accompagné par une sage-femme dans un lieu de vie hors d'un établissement de santé. Cette pratique n'est pas répandue dans notre pays car de nombreux freins rendent l'accès à cette pratique difficile.

En France, l'AAD ne **fait pas partie intégrante du parcours de soins**. Cette pratique n'est pas proposée aux couples dans la période anténatale. C'est à eux de faire la démarche de rechercher une sage-femme acceptant de réaliser des AAD. Selon l'état des lieux réalisé par l'APAAD de 2019 **[1]**, on compte 77 sages-femmes sur le territoire réalisant des AAD (87 en 2018).

Position 1 : Le Conseil d'administration de l'ANESF s'est positionné en juin 2021 en faveur d'un AAD sécurisé et réglementé en France, dans le respect de la physiologie.

Cette contribution a été rédigée pour détailler les différentes positions et arguments de l'ANESF.

II. Vers un ADD sécurisée

A. Libre choix des femmes

L'accouchement est à la fois un moment intime et personnel dans la vie d'une femme. C'est à elle de choisir son lieu privilégié. De plus, les couples se tournent de plus en plus vers des **alternatives moins technicisées** de l'accouchement comme l'AAD ou les maisons de naissances (MDN). Le sondage réalisé par l'Institut Français de l'Opinion Public (IFOP) de janvier 2017 révèle que 17% des femmes de 18 à 45 ans souhaiteraient accoucher à domicile si c'était possible, et 19% pourraient y être favorables [2]. Alors qu'en réalité, selon le rapport de l'APAAD publié en 2018 seulement **0,3% des Françaises accouchent à domicile** chaque année. La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique affirme qu'il existe « *des preuves solides que l'accouchement en dehors de l'hôpital soutenu par une sage-femme est sans danger et constitue une expérience privilégiée pour de nombreuses mères. Les femmes ne devraient pas être privées de ce choix en raison de l'absence d'un cadre réglementaire adéquat qui permette aux sages-femmes d'exercer leur profession dans tous lieux où les femmes choisissent d'accoucher.*

La **liberté, l'autonomie et l'auto-détermination font partie des droits fondamentaux des femmes**. Ces droits sont trop souvent écartés lorsqu'il s'agit de choisir où, quand, comment, et avec qui les femmes souhaitent accoucher. Selon l'article L1111-4 du Code de la Santé publique (CSP) : *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions pour sa santé* » [3].

Compte tenu du peu de sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile, de leur répartition inégale sur le territoire, et de l'augmentation de la demande des futurs parents d'être accompagnés pour donner naissance à domicile, nous pouvons craindre que de plus en plus de familles s'orientent vers **un accouchement non assisté (ANA)**, avec les risques qui peuvent exister sans la présence d'un·e professionnel·le de santé formé à accompagner l'accouchement et **capable de détecter les éventuels problèmes et intervenir ou organiser rapidement un transfert si nécessaire**.

Les praticien·ne·s **doivent pouvoir accompagner les couples** dans le suivi de grossesse, l'accouchement et le post partum, selon leurs choix.

B. Modèles étrangers

En regardant les modèles étrangers, nous pouvons constater que la proportion des naissances se déroulant au domicile familial varie de 0,6 à 16% selon les pays européens. Dans tous les pays, les **ordres ou associations autour de la profession de sages-femmes se sont positionnés favorablement à l'AAD** et ont produit des recommandations. Au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Australie, au Canada, aux Pays-Bas, les sociétés savantes des gynécologues-obstétriciens se sont également positionnées favorablement envers l'AAD et ont publié des recommandations. Le positionnement le plus récent est celui de la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, qui, en plus d'affirmer la sécurité de l'AAD, incite les sages-femmes à collaborer entre elles, ainsi qu'avec les établissements de santé.

Au Luxembourg, au Royaume-Uni, au Canada, en Irlande, au Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande, les **ministères de la Santé se positionnent eux aussi en faveur de la naissance à domicile**. Le Royaume-Uni est un cas emblématique, allant jusqu'à recommander l'AAD aux femmes à bas risque obstétrical.

De nombreuses études et revues de la littérature ont permis d'apporter la **preuve du niveau de sécurité**. En exemple, nous pouvons citer la méta-analyse du Lancet, publiée en juillet 2019. L'AAD apparaît comme ayant un impact significativement plus faible sur les répercussions néfastes néonatales et présente une diminution significative du taux d'intervention et des morbidités materno-fœtales pendant le travail et l'accouchement, tout comme les maisons de naissances [4].

Ainsi, dans plusieurs pays, les politiques nationales **reconnaissent les bienfaits pour les couples et les nouveau-nés** dans le vécu de l'accouchement. Cela permet de produire des recommandations pour la pratique de l'AAD, et ainsi garantir un niveau de sécurité adéquat. Il est essentiel que **l'AAD soit reconnu au niveau des politiques nationales comme un moyen d'accouchement sécurisé**.

C. Recommandations pour la Pratique Clinique

En France, **aucune recommandation ou législation ne cadre la pratique des AAD** par les sages-femmes ou les gynécologues-obstétriciens. L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) a publié une **charte de l'AAD** afin de garantir un niveau de sécurité optimisé [5]. Ce document fixe un cadre minimum rappelant les **règles élémentaires de prudence** qui doivent présider à toute naissance à domicile : choix libre et éclairé des couples, patiente à bas risque obstétrical, transfert possible à la maternité si besoin, et préparation à la naissance en amont.

Mais, à défaut de vraies lignes directrices de recommandations pour la pratique clinique (RPC) pour l'AAD, les sages-femmes le pratiquant se tournent vers **les recommandations nationales de pays étrangers**. Ces RPC sont à adapter aux spécificités françaises de l'exercice des sages-femmes libérales.

Les sages-femmes ont tout le matériel nécessaire pour évaluer le bien-être foetal (doppler foetal ou cardiotocographe), de l'oxytocine, des solutés de remplissage, le matériel pour poser une voie veineuse périphérique. Mais il n'existe **aucun référentiel à l'heure actuelle sur l'exigence du matériel pour réaliser cette pratique**. De plus, les sages-femmes ont **des difficultés à se procurer tout le matériel** ainsi que la pharmacologie nécessaire.

Cela entraîne des grandes disparités dans la pratique des AAD en France, et peut engendrer des AAD insécures dans certains cas. Il est primordial que les **autorités de santé nationales se positionnent en faveur de l'AAD**, et permettent une mise à disposition du matériel nécessaire pour permettre une meilleure pratique des sages-femmes libérales.

D. Assurances

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, les sages-femmes libérales et les obstétricien·ne·s voulant réaliser un AAD doivent investir dans **une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) [6]**. En théorie, le prix de cette RCP varierait entre 19 000 et 25 000 euros, soit approximativement le revenu annuel moyen d'une sage-femme. Cette somme est **calculée sur la base du risque encouru par les obstétricien·ne·s**, qui ont une patientèle plus à risque, et non sur la base d'un accouchement à bas risque obstétrical pratiqué par une sage-femme.

En pratique, **trouver un organisme assurant l'AAD est devenu impossible**, les assurances se sont petit à petit désengagées du secteur médical, ne proposant plus cette option dans leur contrat. En 2020, tous les groupes d'assureurs contactés ont déclaré refuser d'assurer les AAD.

Sans RCP, si la sage-femme est poursuivie en justice, elle devra elle-même **payer l'amende** s'il y en a une, pouvant aller jusqu'à 45 000 euros, ainsi que risquer une **interdiction d'exercer pour une durée de trois ans**.

Ce contexte particulier pousse **certaines sages-femmes à renoncer à cette pratique**. D'autres sages-femmes choisissent de faire payer cette RCP aux patientes dont elles s'occupent ; entraînant une discrimination financière entre les couples.

De plus, le **Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF)** a une mission de **veiller à l'application et au respect du code de déontologie**, ainsi qu'aux textes législatifs. Il se retrouve une **position complexe** de devoir, à la fois sanctionner les sages-femmes pratiquant l'AAD sans RCP, alors que l'AAD fait partie des compétences sages-femmes, et de répondre à la demande des patientes. D'après l'étude de l'APAAD de 2018, certains conseils départementaux de l'ordre connaissant la pratique de l'AAD de sages-femmes se **montrent soutenant envers elles, alors que d'autres peuvent aller jusqu'à les menacer**.

Les RCP **doivent être recalculées sur le salaire annuel moyen d'une sage-femme** et selon les risques encourus pour un accouchement à bas risque obstétrical, afin que les sages-femmes souhaitant le pratiquer, puisse le faire dans le respect de la loi. Ces RCP doivent être accessibles à toutes les sages-femmes.

Position 2 : Le conseil d'administration de l'ANESF pour que l'AAD soit cadré en donnant des moyens matériels aux sages-femmes : faciliter l'accès au matériel, aux médicaments et aux RCP.

E. Sécurité Sociale

Dans un hôpital public, ou privé conventionné, un accouchement coûte en moyenne entre 500 et 3 000 euros (honoraires du gynécologue, anesthésiste, péridurale, salle de naissance, frais de séjour). Ces **frais sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie**, et ce, jusqu'à 12 jours après la naissance.

L'AAD revient indéniablement moins cher qu'un accouchement en établissement de santé : on estime qu'un AAD coûte en moyenne entre 300 et 1 200 euros maximum. Les honoraires de la sage-femme sont pris en charge jusqu'à 349,70 euros par la Sécurité Sociale.

Cependant, depuis 2013, les sages-femmes pratiquant l'AAD **ont l'obligation de présenter l'attestation d'assurance RCP au CNOSF** pour pouvoir être remboursées par la Sécurité Sociale. Ainsi cela entraîne à nouveau des discriminations entre les femmes lorsque la sage-femme ne peut avoir recours à une RCP : seules les femmes ayant les moyens, peuvent se payer un accouchement accompagné à domicile.

L'AAD doit être pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie comme un accouchement dans un établissement de santé. Cela permettrait de lutter contre les discriminations, et de limiter les coûts de la sécurité sociale.

Position 3 : Le conseil d'administration de l'ANESF pour que l'AAD soit cadré en renforçant la prise en charge de l'AAD par la Sécurité Sociale.

F. Formation Initiale

Les sages-femmes, de par leur formation et leur statut, ont le droit de dispenser des soins dans le cadre d'un accouchement accompagné à domicile. Selon L'**Article R.4127-318 du CSP** définit le champ de compétence des sages-femmes en France : « *L'ensemble de ses compétences permet aux sages-femmes françaises d'assurer la surveillance d'une naissance et d'agir de manière adaptée en cas de complications* » [6]. Il n'est fait aucune mention de lieu d'exercice ou d'interdiction de pratiquer à domicile.

L'AAD, comme les MDN, fait **pleinement partie des compétences des sages-femmes**. Il n'en reste pas moins que cette pratique est entourée de préjugés. Non enseignée au sein des écoles de sages-femmes, cette pratique isole souvent les sages-femmes.

Les étudiant·e·s sages-femmes **doivent être formé·e·s et sensibilisé·e·s à l'AAD** car c'est le lieu privilégié de l'apprentissage de l'accouchement physiologique, de la gestion de la douleur, et également de l'accompagnement des couples. Les étudiant·e·s sages-femmes doivent avoir la possibilité d'aller en stage en AAD.

De plus, des **formations continues** doivent être mises en place pour les sages-femmes libérales, afin de continuer de se former pour assurer un niveau de sécurité maximal.

Position 4 : Le conseil d'administration de l'ANESF pour que l'AAD soit intégré à la formation initiale des étudiant·e·s sages-femmes.

III. Conclusion

L'accouchement moins technicisé est une demande de plus en plus forte des couples, ainsi que des sages-femmes. Il existe des preuves solides que l'accouchement en dehors des établissements de santé soutenu par une sage-femme est sans danger. L'AAD constitue une expérience privilégiée et personnelle pour de nombreuses mères et couples. Les femmes ne devraient pas être privées de ce choix en raison de l'absence d'un cadre réglementaire adéquat qui permette aux sages-femmes d'exercer leur profession dans tous lieux où les femmes choisissent d'accoucher.

V. Bibliographie

[1] Etat des lieux de l'APPAD – 2019

https://www.apaad.fr/?page_id=812

[2] Etude IFOP – AAD

<https://drive.google.com/file/d/1JWsFTatGtMlboxD-gI8E7X2KVil5oyPMN/view>

[3] Article L1111-4 du CSP

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/#:~:text=To ute%20personne%20prend%2C%20avec%20le,ne%20pas%20recevoir%20un%20traitement.

[4] Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the on set of labour 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.

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/eclinm/PIIS2589-5370\(19\)30119-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/eclinm/PIIS2589-5370(19)30119-1.pdf)

[5] Charte de l'AAD – ANSFL

<https://ansfl.org/document/charte-aad/>

[6] Loi Kouchner – 04 mars 2002

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

[7] Article R4127-318 du CSP

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026202949/