

Accouchement Accompagné à Domicile

Novembre 2020

SOMMAIRE

I. Abréviations	3
II. Définition	4
III. Etat des lieux	5
A. A l'étranger	5
B. En France	8
IV. Rapport épidémiologique APAAD de 2019	10
V. Législation	11
VI. Pour aller plus loin	12
A. Références	12
B. Quelques études	13
C. Autres documents utiles	13

I. Abréviations

AAD : Accouchement Accompagné à Domicile

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence

ACSF/CAM : Association Canadienne des Sages-Femmes / Canadian Association of Midwives

RANZCOG: Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists

APAAD : Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance.

CDAAD : Collectif de Défense de l'Accouchement A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

II. Définition

L'Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) est un accouchement ayant un pronostic **physiologique accompagné par une sage-femme** dans un lieu de vie hors établissement de santé (domicile parental, maison familiale, gîte...). La décision de réaliser ou non l'AAD fait suite à une analyse clinique globale réalisée par la sage-femme évaluant le pronostic obstétrical incluant les antécédents médicaux et obstétricaux entre autres, mais aussi les aspects psycho-sociaux.

Les sages-femmes, selon des accords qu'elles entretiennent avec les maternités, demandent aux femmes d'avoir uniquement un dossier d'anesthésie, voire un dossier d'anesthésie et un dossier obstétrical afin d'assurer une continuité des soins optimale en cas de transfert.

L'AAD ne fait pas partie intégrante du parcours de soin, il n'est jamais proposé aux couples en anténatal, c'est aux femmes/couples de faire la démarche de chercher une sage-femme acceptant de réaliser un AAD, ce qui rend l'accès à cette pratique compliqué.

III. Etat des lieux

A. A l'étranger

Pays-Bas	L'AAD représente environ 13% des accouchements (c'est le pays avec le plus grand pourcentage)	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	L'AAD est accepté socialement et médicalement.
Nouvelle-Zélande	L'AAD représente 6 à 10% des accouchements.	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	Le New Zealand College of Midwives se positionne pour l'AAD pour des grossesses à bas risque obstétrical.
Royaume-Uni	L'AAD correspond à 2,3% des accouchements	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	Le Royal College of Midwives et le Royal College of Obstetricians Gynecologists soutiennent l'AAD pour des grossesses à bas risque obstétrical. Le NICE (autorité de santé britannique) recommande l'AAD ou l'accouchement en maison de naissance aux femmes multipares à bas risque obstétrical.
Islande	L'AAD représente 2 à 3% des accouchements.	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	L'association des sages-femmes d'Islande se positionne pour l'AAD pour des grossesses à bas risque obstétrical.
Canada	L'AAD représente 2% des accouchements	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	L'Association Canadienne des Sages-Femmes (ACSF/CAM) recommande l'AAD pour des grossesses à bas risque obstétrical.

Danemark	L'AAD représente 1,5% des accouchements	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	/
Allemagne	L'AAD représente 1 à 3% des accouchements	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	L'organisation de sages-femmes et l'Etat intègre officiellement l'AAD dans le système de Santé.
Irlande	L'AAD représente 1% des accouchements	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	Le Health Service Executive a rédigé en 2016 des recommandations afin d'aider les sages-femmes à évaluer l'admissibilité des patientes pour cette pratique.
Etats Unis	L'AAD représente 0,9% des accouchements.	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	L'American College of Nurses and Midwives et l'Association Midwives Alliance soutiennent l'AAD pour des grossesses à bas risque obstétrical.
Suisse	L'AAD représente 0,9% des accouchements.	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	La Fédération Suisse des Sages-Femmes se positionne pour l'AAD pour des grossesses à bas risque obstétrical.
Belgique	L'AAD représente 0,6% des accouchements.	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	L'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges se positionne pour la possibilité des femmes d'accoucher où elles le souhaitent, domicile inclus.

Australie	L'AAD représente 0,3% des accouchements.	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	Le Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) déclare soutenir le choix éclairé des femmes. Il affirme que l'accouchement à l'hôpital est le plus sûr en Australie, mais que la femme peut décider d'accoucher à domicile en acceptant les risques de cette pratique si elle le souhaite. L'Ordre estime qu'il faudrait apporter un soutien maximal à la décision de ces femmes.
Autriche	/	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	la Fédération Autrichienne des Sages-femmes soutient l'AAD.
Espagne	/	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	L'Asociacion Espanola de Matronas soutient l'AAD pour des grossesses à bas risque obstétrical.
Italie	/	Les sages-femmes ont une couverture assurantielle	Il n'existe aucune position nationale sur le sujet.

B. En France

On recense environ **1 300 AAD par an en France en 2019** (environ 2 000 en 2018), ce qui correspond à environ 0,14% des accouchements.

Les sages-femmes interrogé.e.s lors de l'enquête de l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) disent demander aux femmes de s'inscrire dans une maternité afin d'y créer un dossier obstétrical et une consultation avec un.e anesthésiste.

Les sages-femmes ont tout le matériel nécessaire pour évaluer le bien-être foetal (doppler foetal ou cardiotocographe), de l'ocytocine, 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**. Un collectif rassemblant l'APAAD, le CNSF, l'ANSFL, l'ONSSF, l'UNSSF, le CIANE et le CDAAD travaille en ce moment à la rédaction de recommandations pour l'AAD.

Les sages-femmes réalisant des AAD sur le territoire se faisant rares, la quasi-totalité des AAD sont réalisés par une seule sage-femme.

Très fréquemment, une visite du lieu d'accouchement choisi est réalisée en amont afin d'évaluer entre autres l'accessibilité des locaux.

En 2018 on comptait 88 sages-femmes en activité réalisant l'AAD, en 2020 on en compte 65.

Les principaux motifs de cessation d'activité retrouvés sont :

- > La pression de la part d'autres professionnel.le.s de santé
- > La problématique de l'assurance responsabilité civile couvrant les AAD
- > L'environnement stressant et travail épuisant dû à une demande trop élevée pour le nombre de sage-femme réalisant l'AAD

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·es envers elles, alors que d'autres peuvent aller jusqu'à les menacer.

17 sages-femmes trouvent leur conseil départemental de l'ordre soutenant/tolérant envers leur pratique, 8 déclarent que leur conseil départemental de l'ordre est en désaccord menant parfois à des "menaces, convocations, agressions verbales...", 5 sages-femmes pensent que leur conseil départemental de l'ordre n'a pas connaissance de leur pratique, et une sage-femme ne sait pas.

L'HAS ne se positionnant pas sur l'AAD, il y a une absence de recommandations nationales spécifiques à ce sujet.

Les sages-femmes réalisant des AAD doivent alors se tourner vers des recommandations de pays étrangers pas forcément adaptées à la France, ou imaginer des modalités d'organisation en collaboration avec leurs hôpitaux partenaires.

En cela, l'ANSFL rédige une **Charte de l'accouchement à domicile**, rappelant les critères minimaux de suivi et d'organisation pour la pratique de l'AAD.

IV. Rapport épidémiologique APAAD de 2019

Voici quelques chiffres que vous pouvez retrouver dans les résultats de l'enquête de l'APAAD de 2019 :

Ce rapport recense 13,6% de transfert pendant le travail pour l'apparition de pathologie :

Les 3 premières causes sont une **non-progression de la dilatation cervicale**, une **stagnation de la présentation fœtale** et la **demande d'une analgésie**.

Environ 1,3% des parturientes ont été transférées lors du post partum immédiat pour raison maternelle (1,53% de la totalité de ces femmes ont été transférées pour cause d'hémorragie du post partum), et 0,7% pour cause néonatale.

On retrouve que **64,5% ont eu un périnée intact**, **0,3% ont eu une épisiotomie** (le pourcentage d'épisiotomie pour la population générale en 2018 était de 20,1%, et de 31,9% pour les bas risque obstétricale en maternité de type I via AUDIPOG).

Aucune déchirure complète compliquée n'a été recensée lors de cette étude.

Le score d'Apgar était supérieur à 7 pour 99,5% des nouveau-nés à 5 minutes de vie, et pour 99,79% à 10 minutes de vie.

Environ 11% des fœtus sont nés « coiffés », c'est-à-dire qu'ils sont nés dans leur poche de liquide amniotique. Cela est dû à la pratique des sages-femmes AAD qui limitent le nombre de touchers vaginaux et préserve le plus possible la poche des eaux pour limiter le risque infectieux.

On observe **4,71% d'hémorragie du post partum** (lorsque l'estimation des pertes sanguines dépasse 500mL) et **0,55% d'hémorragie du post partum sévère** (lorsque l'estimation des pertes sanguines dépasse 1000mL) **contre 1,8% dans la population générale** (incluant donc tous niveaux de risque obstétrical, et toutes voies d'accouchement) d'après l'enquête de périnatalité de 2016, **et 3,1% pour la population considéré comme à bas risque obstétricale en maternité de type I via AUDIPOG**.

V. Législation

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).

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.

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.**

Ce contexte particulier pousse certaines sages-femmes à renoncer à cette pratique.

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 3 ans.

Depuis 15 ans, aucune poursuite pour ce motif n'a été engagée. Une tolérance existe au nom de la loi Kouchner qui met en avant le droit des usager.e.s de choisir le lieu ainsi que le.la professionnel.le qui réalisera les soins d'une part, et la Cours Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) qui réaffirme en 2010 « le droit de la vie privée des parents de choisir le lieu de naissance, dont le domicile » d'autre part.

Biba SALFATI

Vice-présidente en charge des Perspectives Professionnelles 2019/2020

Garance DE RICHOUFFTZ

Vice-présidente en charge des Perspectives Professionnelles 2020/2021

L'ANESF remercie l'APAAD pour leur aide dans la rédaction de cette fiche.

VI. Pour aller plus loin

A. Références

- > Site APAAD : <https://www.apaad.fr/>

- > Rapport sur l'AAD de 2018 :
<http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf>

- > Rapport sur l'AAD de 2019 : <https://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf>

- > Recommandation du NICE :
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/recommendations>

- > Marie-Hélène LAHAYE :
<http://marieaccouchela.net/index.php/2019/11/20/attaquer-laccouchement-a-domicile-est-une-conduite-patriarcale/>

- > ANSFL : La charte de l'accouchement à domicile :
<https://ansfl.org/document/charte-add/>

B. Quelques études

- > Dahlen HG. Is it Time to Ask Whether Facility Based Birth is Safe for Low Risk Women and Their Babies? EClinicalMedicine. 1 sept 2019;14:9-10.
- > 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. juill 2018;62:240-55.
- > Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset 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. EClinicalMedicine. 1 sept 2019;14:59-70.

C. Autres documents utiles

- > De Jonge A, van der Goes B, Ravelli A, Amelink-Verburg M, Mol B, Nijhuis J, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births: Perinatal mortality and morbidity in planned home and hospital births. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. août 2009;116(9):1177-84.
- > Mambourg F, Gailly J, Zhang W-H. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. :198.