

ACCOUCHEMENT

À DOMICILE

ÉTAT DES LIEUX EN ISÈRE



Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 France

ABSTRACT

L'objectif de ce dossier est de répertorier un grand nombre de données sur la pratique de l'accouchement à domicile, pour initier des rencontres avec les différents professionnels autour de la naissance et les élus. Intégrer, officiellement, l'AAD dans le système de soin français aurait de nombreux avantages tant en terme de santé publique, de vécu pour les couples, qu'en terme de coûts pour la société.

Partie 1 : Définitions

Nous avons choisi de définir les termes suivants : sage-femme, accouchement à domicile, grossesse physiologique, transfert et accompagnement global.

Partie 2 : Pourquoi choisit-on d'accoucher à domicile ?

Les nombreux témoignages des parents montrent que si cette décision est intuitive et évidente pour certains couples, d'autres ont besoin de s'informer, d'évaluer les risques. Parfois le choix d'AAD naît d'une expérience difficile en maternité. Les parents défendent leur liberté de choisir le lieu de naissance. Ils insistent sur l'importance des critères facilitant un accouchement naturel.

Quatre sages-femmes accompagnant les AAD témoignent de leurs motivations.

Partie 3 : L'accouchement physiologique.

La description de la mécanique obstétricale nous rappelle que la liberté de mouvements et les positions verticales prises par la femme au cours de l'accouchement favorisent la physiologie du travail diminuant ainsi les risques de pathologie. L'étude des aspects hormonaux de la naissance mettent en évidence l'importance des « conditions extérieures » (calme, pénombre, chaleur, absence de stress, sentiment de sécurité ...) au cours de l'accouchement. Lors d'une naissance, la sage-femme doit être vigilante à ce que l'accouchement se déroule normalement et dépister l'apparition d'une éventuelle pathologie, mais son rôle est aussi de veiller à chaque instant à ce que le processus reste physiologique.

Partie 4 : Accouchement à domicile et sécurité

Procédant à une revue de la littérature, nous avons recherché les études scientifiques qui comparent pour des grossesses à Bas risque, l'accouchement planifié à domicile avec un professionnel de santé qualifié et l'accouchement planifié à l'hôpital en termes de mortalité et de morbidité maternelle autant qu'infantile. Les 10 études (360 000 naissances à domicile) et les 2 méta-analyses retenues ont été menées entre 1970 et 2010 aux Pays bas, Royaume Unis, Canada, États-Unis, Suisse et Suède.

Il ressort de ces études qu'il n'y a pas de différence significative de mortalité ou de morbidité périnatale pour l'enfant. Il en va de même pour la mortalité et la morbidité maternelle.

En conclusion, dans les sociétés occidentales, l'accouchement à domicile n'entraîne pas de risque accru pour l'enfant ou sa mère, en cas de bas risque obstétrical.

Partie 5 : L'AAD en Europe.

La situation de l'accouchement à domicile est très différente d'un pays à l'autre.

Dans une majorité des pays qui nous entourent, comme en France, l'AAD est une pratique confidentielle (0,1 à 0,8 % des naissances). Peu de sages-femmes accompagnent ces naissances. Le travail en réseau est souvent difficile. Les assurances professionnelles ne sont souvent pas accessibles au vu des revenus des sages-femmes.

Au Royaume-Uni la situation est sensiblement différente car la possibilité d'un accouchement à domicile (2,8 % des naissances) est clairement exposée aux couples et les sages-femmes qui les accompagnent sont majoritairement salariées et assurées.

Le cas des Pays-Bas est particulier puisque 14 % des accouchement ont lieu à domicile. Les AAD sont inclus dans le système de soin hollandais, et les sages-femmes qui le pratiquent travaillent en lien étroit avec les maternités.

	France	Pays-Bas	Allemagne	Suisse	Espagne	Royaume-Uni
taux AAD	0,1 %	14 %	0,5 %	0,8 %	0,1 %	2,8 %
nombre de sages-femmes (AAD)	60-80	-	500	-	50	-
prix d'un AAD	313,60 €	1 970,00 €	548,80 €	1 055,00 €	-	salariées
coût de l'assurance RCP annuelle	30 000,00 €	5 000,00 €	4 242,00 €	400,00 €	-	-

Partie 6 : Instances favorables au développement de l'AAD :

L'Organisation Mondiale de la Santé (les soins liés à l'accouchement normal ; 1997 et 2007), le Parlement Européen (la Chartes des droits de la parturiente) , La Cour Européenne des Droits de l'Homme (décision de justice, décembre 2010), Le conseil nationale de l'Ordre des Sages-femmes (Contact Sages-femmes numéro 30) et l'Association Nationale des sages-femmes libérales (charte de l'AAD) se sont prononcés en faveur du développement de l'Accouchement à domicile.

Partie 7 : La pratique de l'AAD : exemple d'exercice en Isère

Après la description de l'organisation du suivi global pratiqué par Cécile Bachelot et Gisèle Piroit, sages-femmes libérales pratiquant les AAD en Isère (38) et en Savoie (73), nous voyons quels sont leurs critères d'inclusion et d'exclusion pour accompagner un AAD. L'évaluation de leur pratique sur 4 ans, leur permet d'analyser 245 dossiers.

Partie 8 : Les différents obstacles en France :

L'impossibilité pour les sages-femmes pratiquant l'AAD de répondre à l'obligation légale de souscrire à une assurance en Responsabilité Civile Professionnelle (RCP), est un des obstacles majeurs à l'exercice de cette pratique.

Si 2 % des accouchements en France avaient lieu à domicile, cela représenterait une économie pour la sécurité sociale d'au moins 16 Millions d'euros par an, sans nécessité de former des professionnels de santé supplémentaires ou de créer des structures. Malgré cette réalité, les sages-femmes libérales se voient souvent dans l'obligation de pratiquer des dépassements d'exigence pour gagner raisonnablement leur vie. L'éclatement du forfait d'accouchement et la reconnaissance de leur spécialité limiteraient ces dépassements. Cependant une cotation des actes appropriées à l'exercice spécifique des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global sera nécessaire pour la mise en place des maisons de naissance. Cette réflexion pourrait s'initier autour des sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile.

Enfin, le clivage existant entre les différents systèmes de naissance est un obstacle supplémentaire. Pourtant, de meilleurs rapports entre l'ensemble des professionnels permettraient d'améliorer la prise en charge globale des naissances et d'établir des relations de confiance. L'AAD pourrait trouver en France la place qui est la sienne dans d'autres pays et ainsi venir satisfaire la demande de nombreux couples et professionnels, et ce sans remettre en cause la nécessaire sécurité des femmes et de leurs enfants.

Partie 9 : Conclusion

La revue de la littérature nous a permis d'affirmer que des femmes à bas risque obstétrical peuvent accoucher à domicile en toute sécurité en France de nos jours. Cette pratique est intéressante tant en terme de santé publique qu'en terme de vécu des couples et des professionnels accompagnant ces naissances. Il est d'ailleurs nécessaire de respecter le droit des femmes de disposer de leur propre corps, le droit des parents de choisir le lieu de naissance de leur enfant, leur droit parents de choisir un professionnel de santé et le droit des sages-femmes d'exercer leur métier dans sa globalité.

Introduction

C'est le 4 Octobre 2011, suite à une énième manifestation de sages-femmes à Paris et à une désespérante absence de conciliation auprès d'un conseil de l'ordre départemental, que nous avons décidé, Gisèle Piroit et Cécile Bachelot, de réunir un groupe de travail de parents et de sages-femmes afin d'écrire un dossier sur l'accouchement à domicile.

L'objectif de ce dossier est de répertorier un grand nombre de données sur la pratique de l'accouchement à domicile en France de nos jours : des motivations des couples et des sages-femmes, aux données scientifiques retrouvées dans la littérature, en passant par les différentes pratiques européennes, l'avis des instances, la pratique de notre cabinet de sages-femmes et les difficultés rencontrées par les parents et les professionnels.

L'accouchement à domicile n'est pas une pratique courante en France et les problèmes de communication sont nombreux. Intégrer officiellement, l'AAD dans le système de soin français aurait de nombreux avantages tant en terme de santé publique, de vécu pour les couples, qu'en terme de coûts pour la société.

Nous souhaitons que ce travail soit une base de données qui serve de point de départ à des rencontres avec les différents professionnels de santé des maternités avec lesquelles nous sommes amenées à travailler, mais également avec les équipes du SAMU, les pompiers, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le conseil de l'ordre des sages-femmes, les sages-femmes, les médecins libéraux, l'école de sage-femme, les ARS...

Il s'agit également d'une information pour un public plus large, pour les nombreux parents qui se posent des questions autour de la naissance à la maison, mais aussi pour les femmes et les hommes politiques qui sont amenés à voter les lois qui régissent la naissance en France.

Nous nous sommes appuyées sur les associations « Sages-Femmes Nord-Alpes » et « Bien Naître et Grandir » pour réunir ce groupe de travail. Une quarantaine de personnes ont collaboré à l'écriture, à la mise en forme et à la relecture de ce dossier et nous remercions chacune pour son aide.

Ces données ne sont pas exhaustives et nous proposons d'ouvrir ce dossier afin qu'il soit réactualisé régulièrement.



Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 France

Table des matières

1	DÉFINITIONS.....	7
1.1	SAGE-FEMME :.....	7
1.2	ACCOUCHEMENT À DOMICILE :.....	7
1.3	GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE :	8
1.4	TRANSFERT :.....	8
1.5	ACCOMPAGNEMENT GLOBAL.....	8
2	POURQUOI CHOISIT-ON D'ACCOUCHER À DOMICILE ?	10
2.1	COMMENT SE PREND CETTE DÉCISION ?.....	10
	<i>De façon intuitive</i>	10
	<i>De façon rationnelle</i>	10
	<i>Suite à une déception</i>	10
2.2	D'AUTRES FACTEURS DE DÉCISION	11
	<i>La place du père</i>	11
	<i>L'accueil du bébé</i>	11
	<i>L'accouchement s'inscrit dans le quotidien</i>	12
2.3	QUEL EST DONC LE MEILLEUR LIEU POUR ACCOUCHER ?	12
	<i>Le libre-choix du lieu de naissance</i>	12
	<i>Un espace de sécurité intérieure</i>	12
	Tranquillité	12
	Intimité	13
	Respect de la maman et du bébé :.....	13
	Confiance.....	13
	Ni observée.....	13
	Ni envahie.....	14
	Ni menacée	14
	Ni infantilisée	14
2.4	L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL : UN MAILLON INDISPENSABLE À L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE	14
	<i>Avoir un seul référent pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum</i>	14
	<i>Permettre aux parents d'être acteurs de cet événement</i>	15
	<i>Réagir (et prévoir de réagir) rapidement aux situations d'urgences</i>	15
2.5	POINT DE VUE DES SAGES-FEMMES PRATIQUANT L'AAD	15
3	ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE.....	17
3.1	MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE	17
	<i>Le bassin osseux</i>	17
	<i>Engagement de la présentation</i>	17
	<i>Descente et dégagement</i>	17
	<i>Analyse des mouvements effectués par le bassin</i>	18
3.2	COMMENT FAVORISER LA PHYSIOLOGIE.....	18
	<i>Nécessité de la mobilité</i>	18
	<i>Intérêt de la position verticale</i>	19
3.3	ASPECT HORMONAL : L'OCYTOCINE HORMONE DE L'AMOUR.....	19
	<i>Effet comportemental de l'ocytocine</i>	20
	<i>Antagonisme adrénaline-ocytocine</i>	21
	<i>Ocytocine et Endorphines</i>	21
3.4	LA SAGE-FEMME :.....	21
4	ACCOUCHEMENT À DOMICILE ET SÉCURITÉ : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	23
4.1	DÉFINITIONS :.....	23
4.2	MÉTHODOLOGIE	23
4.3	LISTE DES ÉTUDES RETENUES :.....	24
4.4	MORTALITÉ PÉRINATALE :.....	25
4.5	MORTALITÉ MATERNELLE :.....	27
4.6	MORBIDITÉ MATERNELLE:.....	27
4.7	MORBIDITÉ INFANTILE:.....	27
4.8	MÉTA-ANALYSES	27
4.9	CONCLUSION	28

5	L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE EN EUROPE	30
5.1	LE CAS PARTICULIER DES PAYS BAS	30
5.2	L'ALLEMAGNE.....	31
5.3	LA SUISSE.....	32
5.4	L'ESPAGNE	34
5.5	LE ROYAUME-UNI	34
6	LES INSTANCES FAVORABLES AU DEVELOPPEMENT DE L'AAD	35
6.1	L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ :.....	35
6.2	L'EUROPE.....	35
	<i>La charte européenne des droits de la parturiente :.....</i>	<i>35</i>
	<i>La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH).....</i>	<i>36</i>
6.3	LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES (CNOSF)	36
6.4	L'ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES (ANSFL).....	36
6.5	ANNEXES.....	37
	<i>Annexe 6.5 - 1 : Recommandations de l'OMS - 2007.....</i>	<i>37</i>
	<i>Annexe 6.5 - 2 : Charte européenne des droits de la parturiente</i>	<i>38</i>
	<i>Annexe 6.5 - 3 : Charte de l'accouchement à domicile de l'ANSFL.....</i>	<i>40</i>
7	LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE : EXEMPLE D'EXERCICE EN ISÈRE.	41
7.1	ORGANISATION DU SUIVI PAR LES SAGES-FEMMES :.....	41
7.2	CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION :	42
7.3	ÉVALUATION DE NOTRE PRATIQUE :	43
	<i>Département de naissance :</i>	<i>43</i>
	<i>Parité :.....</i>	<i>43</i>
	<i>Femmes adressées à la maternité au cours de la grossesse :</i>	<i>43</i>
	<i>Femmes qui débutent leur travail à la maison :</i>	<i>44</i>
	<i>Femmes qui accouchent à domicile :</i>	<i>45</i>
	<i>Les femmes transférées :</i>	<i>46</i>
7.4	ANNEXES.....	48
	<i>Annexe 7.4 - 1 : Matériel médical amené par les sages-femmes</i>	<i>48</i>
	<i>Annexe 7.4 - 2 : Avenant à la charte de l'AAD.....</i>	<i>48</i>
8	LES DIFFÉRENTS OBSTACLES EN FRANCE.....	51
8.1	PROBLÈME D'ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE ET PROFESSIONNELLE.....	51
8.2	DIFFICULTÉS DE PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	52
	<i>L'AAD facteur d'économie pour la sécurité sociale.</i>	<i>52</i>
	<i>La prise en charge d'un AAD permet une économie d'environ 1000 € par accouchement.....</i>	<i>52</i>
	<i>Une rémunération insuffisante pour les sages-femmes et un coût supplémentaire pour les parents.</i>	<i>52</i>
8.3	L'IMPORTANCE DU TRAVAIL EN RÉSEAU	53
8.4	DIFFICULTÉ D'ACCÈS À L'INFORMATION :	53
8.5	ANNEXES.....	54
	<i>Annexe 8.5-1 Lettre du Ministère de la Santé.....</i>	<i>54</i>
	<i>Annexe 8.5-2 Lettre d'une présidence de conseil de l'ordre départemental.....</i>	<i>55</i>
9	CONCLUSION	56

1 Définitions

1.1 Sage-femme :

Selon la définition internationale, reconnue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'ICM (Confédération Internationale des sages-femmes) et la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens) :

« Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'un accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

1.2 Accouchement à domicile :

L'accouchement à domicile (AAD) est un accouchement ayant lieu au domicile de la femme enceinte. Il peut-être :

- accouchement inopiné c'est à dire non prévu à domicile : les parents appellent généralement les pompiers et le SAMU pendant l'accouchement et la mère et son enfant sont transportés dans une maternité.
- accouchement non accompagné (ANA), les femmes accouchent chez elles sans professionnel médical par choix et/ou par impossibilité de se faire accompagner.
- **accouchement pratiqué par des sages-femmes (parfois des médecins) dans le cadre de l'accompagnement global.**

Nous avons choisi de traiter le sujet de **l'AAD accompagné par une sage-femme** car c'est dans ce cadre de sécurité que nous inscrivons notre pratique. Cet accompagnement ne concerne que les grossesses physiologiques.

- Il se démarque des accouchements dans d'autres lieux de naissance (maison de naissance, plateau technique, maternité) par le fait que la mère accouche dans un environnement matériel et humain qui lui est familier, ce qui joue pour certaines femmes le rôle rassurant que la médicalisation peut jouer pour d'autres.
- L'AAD est organisé sous la responsabilité de sages-femmes dont la compétence et la déontologie sont garanties par le conseil de l'ordre des sages-femmes. Elles disposent d'un équipement médical qui permet la surveillance de la mère et de son enfant. Elles collaborent avec les services d'obstétriques ce qui permet une meilleure sécurité.

1.3 Grossesse physiologique :

Il s'agit d'une grossesse qui ne présente aucune complication et qui intervient chez une femme sans antécédent médical, psychosocial ou familial pouvant avoir un retentissement compliquant la grossesse et l'accouchement.

1.4 Transfert :

On parle de transfert lorsqu'il y a un changement de lieu de la prise en charge médicale. En ce qui nous concerne, il s'agit d'un déplacement du domicile de la patiente vers une maternité.

Ce transfert peut avoir lieu au cours de la grossesse lorsqu'une complication ou une contre-indication à l'AAD apparaît (présentation par le siège, dépassement de terme, hypertension artérielle

Le transfert peut également avoir lieu au cours du travail, de l'accouchement ou des suites de couches et se faire alors avec le véhicule des parents ou avec le SAMU.

1.5 Accompagnement global

Ce n'est que récemment que la prise en charge autour de la naissance s'est morcelée entre différents professionnels de santé qui ont chacun un rôle bien défini nécessitant une bonne coordination. Aujourd'hui, une femme va être confrontée à de nombreux interlocuteurs autour de sa grossesse : son gynécologue pour les consultations prénatales, une sage-femme pour les cours de préparation à l'accouchement, une sage-femme parfois différente et/ou un obstétricien qui n'est pas forcément "le sien" le jour de la naissance, d'autres sages-femmes et des auxiliaires de puériculture différentes dans le post-partum, parfois même une énième sage-femme ou kinésithérapeute pour la rééducation périnéale ...

Pourtant, la notion d'accompagnement global a toujours existé. En effet, il y a encore peu de temps (en 1950, 45% des accouchements avaient lieu à domicile en France), les femmes n'avaient qu'un(e) seul(e) interlocuteur(trice) pour la grossesse, l'accouchement et les suites de couches: c'était une sage-femme ou un médecin généraliste, qui la plupart du temps s'occupait également de toutes les questions féminines (fausses couches, avortements, infertilité ...).

Si aujourd'hui certaines sages-femmes libérales se « spécialisent » plus au moins, d'autres, à l'inverse, investissent tout le champ de compétences des sages-femmes en proposant à leurs patientes d'assurer le suivi pré et postnatal, y compris celui de l'accouchement, ainsi que leur suivi gynécologique. La sage-femme devient l'interlocuteur privilégié de la femme et du couple tout au long de la période qui précède et suit une naissance. On entre alors dans ce que l'on appelle l'accompagnement global ainsi défini par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) en 2002 : **« Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnatals de la mère et de l'enfant. »**

Choisir un accompagnement global, c'est privilégier la continuité, l'écoute et la disponibilité. Ceci permet à un couple et une ou deux sages-femmes (travaillant en équipe pour assurer alternativement la disponibilité pour les accouchements) d'établir une solide relation, basée sur le respect et la confiance mutuelle. Cette relation qui se développe tout au long de la grossesse permet à la sage-femme de tenir compte des dimensions physiques, psychiques, familiales, sociales et culturelles de chaque femme et d'assurer un suivi médical de qualité où prime la prévention. Cette relation permet également au couple de préparer à son rythme la naissance de son enfant et d'acquérir un sentiment de sécurité.

L'accompagnement global de la naissance assoit la sage-femme dans sa mission de spécialiste de la grossesse et de l'accouchement normal et redonne aux parents confiance en leurs capacités, leur permettant ainsi de devenir acteurs et pleinement responsables de la naissance de leur enfant .

Actuellement, les sages-femmes qui, en France, s'inscrivent dans une démarche d'accompagnement global, proposent des **accouchements à domicile** (AAD) ou en **plateau technique** (PT). Certaines sages-femmes aimeraient pouvoir proposer un troisième cadre à l'accompagnement global : **les maisons de naissance** (MdN), mais celles-ci ne sont pas autorisées en France pour l'instant .

Dans ce dossier, nous avons choisi de ne traiter que le sujet de l'accouchement à domicile accompagné par une sage-femme. En effet, la pratique quotidienne des sages-femmes qui ont participé à sa rédaction ne concerne que cet aspect de l'accompagnement global.

2 Pourquoi choisit-on d'accoucher à domicile ?

Depuis quelques années, les femmes sont tous les jours de plus en plus nombreuses à souhaiter donner naissance à leurs enfants dans l'intimité de leur maison et non dans un lieu inconnu, technicisé et systématisé, sans pour autant renoncer aux valeurs de la santé et de la sécurité.

2.1 Comment se prend cette décision ?

De façon intuitive

Pour certains couples mettre au monde leur enfant à la maison est une évidence.

Avec mon mari nous avons pris la décision d'accoucher à la maison pour nos 3 enfants. Pour moi, c'était d'**une évidence irréversible liée à une intuition maternelle**. Ma maman ayant accouché de moi et mes 4 frères et sœurs à la maison je crois que c'est inscrit en moi.

Lise G, 3 enfants

Bien avant la naissance de mon premier enfant, je savais que je ne voulais pas aller à l'hôpital pour accoucher, car je ne m'y sentais pas en sécurité pour donner la vie un jour à mes futurs enfants. Je cherchais autre chose, c'était un sentiment profond en moi. Je me suis renseignée auprès d'associations, et j'ai découvert que l'accouchement à domicile se pratiquait, et que des sages-femmes acceptaient d'accompagner ces naissances. J'imaginai difficilement qu'il puisse en être autrement.

Corinne F, 2 enfants

De façon rationnelle

D'autres couples, avant de choisir entre l'accouchement en structure hospitalière ou à domicile, ont besoin de s'informer, de réfléchir, d'analyser, d'évaluer les solutions afin d'arriver à une décision raisonnée.

Malheureusement, le manque d'informations dans les documents officiels (transmis par la Sécurité Sociale, la CAF, ...) ne permet souvent pas aux familles de choisir le lieu de naissance de leur enfant.

« Pour mon premier enfant, je me suis beaucoup documentée avant même sa conception.[...] J'ai donc décidé de prévoir un accompagnement global et un AAD pour cette naissance, puisqu'il n'existe pas de maisons de naissance en France.

Flore V, 1 enfant

« J'ai fait des recherches sur internet et j'ai trouvé des tas de témoignages très poignants de maman ayant accouché à domicile. [...] **C'est ce que je voulais pour moi, mon enfant, ma famille.**

Un accueil naturel, dans le ressenti de mon cœur, de mon corps. Un accueil intime, au sein de ma famille sans les projecteurs, le bruit, le protocole médical de l'hôpital. Un accueil au creux de mon sein, mon bébé contre moi, mon compagnon présent chaque seconde.

Et surtout, le respect de la physiologie de l'accouchement. Qui reste une part essentielle de ma décision. »

Muriel S, 1 enfant

Suite à une déception

Enfin, certains couples se tournent vers l'accouchement à domicile après avoir vécu une première expérience d'accouchement en structure hospitalière, qui impose souvent une médicalisation, qui ne correspond pas à leurs besoins et aux valeurs qu'ils portent.

« Et voilà après 4 naissances en hôpitaux en tous genre du plus grand à la clinique privée en passant par l'hôpital de campagne, **nous avons envie d'autre chose, envie d'être entendus et respectés**, de vivre ce moment librement sans « intrus » auprès de nous, de vivre une grossesse paisible sans ressentir constamment que c'est une situation à risque. »

Delphine M., 5 enfants

Pour moi la décision d'accoucher à domicile a été prise **suite à un premier accouchement rendu difficile** car nous étions 13 femmes à accoucher en même temps avec un manque évident de personnel pour faire face, le sentiment de ne pas être entendue ni respectée, et une mauvaise prise en charge de la phase de travail et de la douleur.

Patricia G, 3 enfants

J'ai pris la décision d'accoucher à domicile toute de suite après l'accouchement de mon fils qui a eu lieu dans une maternité parce que je ne l'ai pas très bien vécu. **L'accouchement et le séjour en clinique ne correspondaient en rien à ce que j'avais imaginé.** Pour le travail on ne m'a pas laissé le temps ni l'intimité de me mettre dans ma "bulle", j'ai accouché allongé sur le dos, les pieds dans les étriers et sous péridurale. J'avais l'impression de ne pas être capable d'accoucher de mon fils si non de devoir me faire aider.

Simone G, 2 enfants

En conclusion, et comme le dit l'ANSFL, association nationale des sages-femmes libérales, « des femmes et des couples bien informés réfléchissent et choisissent en toute conscience ce qui leur convient le mieux en matière de sécurité pour la naissance de leur enfant, et [que] cette sécurité peut se trouver à leur domicile plutôt que dans nos (...) maternités. Il s'agit d'un projet éclairé qui n'exclut pas la structure hospitalière et la technique, mais les remet à leur juste place. Ce n'est pas un rejet négatif de l'hôpital mais une réflexion positive sur ce que l'on aimerait vivre pour la naissance de son enfant, si les circonstances le permettent ».

2.2 D'autres facteurs de décision

La place du père

Le père est activement impliqué dans l'événement dès la grossesse : il participe aux consultations prénatales, à la préparation à l'accouchement. Le jour J, il ne se sent ni gêné, ni freiné parce qu'il y a des personnes, un contexte qui ne lui sont pas familiers.

Par-dessus tout, les naissances à domicile **ont donné une place différente au papa**, aboutissant à une trinité et pas à une relation exclusive maman-enfant.

Gaëlle et Frédéric J., 4 enfants

C'est aussi **la possibilité de nourrir la complicité et l'admiration au sein du couple.** Selon moi, le climat du cocon familial en sera enrichi pour le nouveau bébé.

Olivier M., 2 enfants

C'est rassurant de n'avoir ni pression, ni (trop de) personne derrière (ou devant) soi, à nous dire ce qu'on doit faire (et surtout ne pas faire).

Olivier C., 1 enfant

Pour le papa, très impliqué pendant la grossesse, il devait pouvoir être acteur de la naissance de notre puce. Il a presque accouché avec moi, il était mon pilier. C'était sur lui que je m'appuyais, de lui que je puisais mon énergie et ma confiance, et entre nous il n'y avait personne.

Il m'a aidé à accoucher, il a aidé activement à la venue au monde de sa fille. Son sentiment de paternité n'en a été que renforcé.

Mandy M., 1 enfant

L'accueil du bébé

En accouchant à la maison l'intimité est préservée. On peut prendre le temps de faire connaissance avec son bébé, favoriser son bien-être par rapport au soin. Cela facilite le lien mère/enfant.

A travers la préparation de l'AAD c'est aussi la dimension de l'accueil du nouveau né dont j'ai pris connaissance. La vigilance qu'il est nécessaire en milieu hospitalier d'avoir en tant que parent pour

veiller au bien être de ce petit d'homme pour respecter son corps.

Nelly G., 1 enfant

Le plus important, pour mon bébé, car cela me paraissait essentiel à son bien-être, je souhaitais un atterrissage en douceur, vite vite dans les bras de sa maman, une rencontre tranquille, un moment illimité, rien qu'avec ses parents, pour être rassuré après le bouleversement de la naissance.

Mandy, 1 enfant

L'accouchement s'inscrit dans le quotidien

Lors d'un accouchement à domicile, la naissance s'inscrit tout naturellement dans la vie familiale, dans le cours naturel du quotidien. Le bébé est là, en plus, et la fratrie s'organise autour de ce nouveau membre. Il n'y a donc pas de rupture. C'est l'envie de vivre son accouchement au même titre que les nombreux passages qui rythment nos vies et qui nous font grandir et évoluer.

Il nous semble qu'un accouchement en milieu hospitalier externalise la naissance, lui construisant une représentation moins concrète, quasi mystérieuse pour les aînés surtout.

Gaëlle et Frédéric J., 4 enfants

Continuer sa vie quotidienne tout en préparant l'arrivée d'un nouvel enfant (le papa peut s'activer à entretenir la maison ou s'occuper des aînés), et **après la naissance, la vie reprend naturellement son rythme sans déconnexion pour la famille**, car il faut partir pour un autre lieu et en revenir. **Je pense que c'est ce qui a été important pour mon aîné de 4 ans. Ne pas l'exclure de cette aventure, mais juste lui faire choisir sa place**, c'est lui qui décide où il veut être à ce moment-là.

Carole S., 2 enfants

"Pour moi c'est mieux [à domicile] parce que ma maman est là.

Basile et Marion, grands-frères et sœurs d'Aline G. née à domicile

2.3 Quel est donc le meilleur lieu pour accoucher ?

Le meilleur lieu pour accoucher est un lieu où l'on se sent en sécurité. Ceci est un réflexe animal de protection de l'espèce qu'il est primordial de respecter.

Le libre-choix du lieu de naissance

Toutes les femmes en France devraient avoir la possibilité de trouver leurs lieux pour accoucher en fonction de leurs besoins et ainsi pouvoir choisir le lieu de naissance de leurs enfants ...

Pour moi il n'y a pas un seul et meilleur lieu pour accoucher. Le nombre de lieux idéaux se déclinent autant qu'il y a de femmes qui accouchent, il y a UN lieu pour chaque femme et il est important et primordiale que chaque femme ait accès à ce lieu, à SON lieu même si celui-ci est dans la chambre conjugale, dans son salon ou dans une baignoire ... Mon lieu était chez moi dans l'intimité de nos draps, de notre couverture, dans la chaleur de mon bain ou dans le confort du canapé du salon.

Aubérie M., 3 enfants

Un espace de sécurité intérieure

Il est nécessaire que ce lieu assure à la femme, son bébé et sa famille un espace de tranquillité, d'intimité, de respect et de confiance où elle ne se sent ni observée, ni menacée, ni envahie, ni infantilisée.

Tranquillité

[Pour accoucher], j'ai besoin de me trouver dans des lieux familiers ou connus, et que ces lieux soient rassurants, sans bruit, avec de la lumière douce, sans appareil qui dérange en permanence, sans

perfusion obligatoire, sans protocole qui perturbe en lui-même l'accouchement mais avec des gestes adaptés à chaque maman et chaque bébé ... en attendant que d'autres solutions voient le jour, ce lieu s'appelle aujourd'hui pour moi la maison, avec une sage femme formée à l'accompagnement global et l'AAD.

Flore V, 1 enfant

Intimité

Un matin comme les autres j'ai eu des contractions, j'ai continué mes taches habituelles, jusqu'à ce que les contractions deviennent plus intenses et que je me mette à genoux, j'ai juste suivi ce que mon corps me demandait, et **nous étions en tête à tête mon mari et moi** pour vivre cela. **Nous avons créé ce bébé en intimité, pourquoi ne pas finir d'amener ce bébé au monde en intimité ?**

Marlène C, 2 enfants

J'ai eu le bonheur de donner naissance à mon fils **dans la maison qui m'avait vue grandir et qui avait toujours représentée un refuge pour moi**. Ainsi l'acte le plus intime qui soit pour une femme et un couple, accueillir un nouvel être, s'est-il déroulé au sein de notre foyer, comme je l'avais souhaité dès le début de ma grossesse,

Marie-Charlotte, 1 enfant

Respect de la maman et du bébé :

Pour cette naissance, encore une fois, **RESPECT TOTAL de ma personne et du bébé**. Je ne veux pas de lumière, j'ai besoin d'obscurité pour supporter la douleur. Je ne veux pas de bruit, j'ai besoin de silence pour me connecter avec moi-même. Je ne veux pas qu'on me touche. Je le vis comme une agression! Mireille me propose de m'examiner ... mais ne me touche que lorsque j'accepte qu'elle le fasse. Elle propose, mais n'impose pas.

Je lui en suis très reconnaissante !

Anthelme B, maman de 4 enfants et bientôt 5

La sage femme parlait à notre bébé comme on parle à un adulte, tout en le respectant, avec une voix sécurisante. Avant de le toucher, elle lui demandait toujours son autorisation.

Annaïg M, 2 enfants

Respect du temps qu'il faut pour mettre son bébé au monde :

J'ai pu prendre le temps qu'il me fallait pour accoucher sans qu'on ne me précipite. Au moment où le travail a stagné, la sage femme a évoqué la possibilité d'un transfert si cela n'avancait pas. J'ai pu être informée, être face à la réalité sans avoir l'impression de la subir car on s'était donné une échéance, car j'étais impliquée dans cette décision par mon accord. C'est ce temps donné pour continuer le travail et cette prise de décision qui ont aussi permis à mon corps de reprendre son travail pour atteindre ce souhait profond de mise au monde à la maison.

Nelly G. et Olivier C., 1 enfant

Confiance

Le suivi global de ma sage-femme m'a apporté une aide fantastique à chaque fois que j'avais peur, qu'un problème se présentait. Ma sage femme me rassurait, nous trouvions des solutions ensemble que nous expérimentions et quand on sait combien le stress peut être mauvais pendant une grossesse, un accouchement ou pour l'allaitement, je lui suis très reconnaissante. **Elle m'a apporté une grande confiance en moi, en mon corps et en mon bébé** qui m'a permis de gérer mon accouchement sans encombre et de façon très autonome.

Flore V, 1 enfant

Ni observée

Oui c'est beau d'accoucher, ce n'est pas violent comme à l'hôpital sous des lampes et **des regards inquisiteurs**. On a toujours l'impression que quelqu'un nous juge : trop rapide (dans mon cas), pas dans la bonne pièce, pas dans la bonne position ...

Mélanie M., 4 enfants

Je n'ai pas aimé me retrouver le sexe à vue de 5 personnes inconnues debout autour de moi alors que j'étais dans une position inconfortable (semi-allongée, les pieds dans les étriers).»

Sophie B, 1 enfant, enceinte de 9 mois

Ni envahie

La sage-femme est restée en retrait. Elle était absente pendant tout le travail, et a su juste faire les gestes minimum mais apaisants pendant l'expulsion pour me soulager et nous rassurer sur la façon dont ça se passait.

Céline, 2 enfants

La sage-femme m'a encouragée à prendre les positions dans lesquelles je me sentais le mieux pour accoucher. **Elle était présente sans être intrusive, une présence ferme mais discrète, assurant une sécurité maximale.**

Corinne F., 2 enfants

Ni menacée

Je n'avais pas peur, que la sage femme me prenne mon bébé des mains, elle nous a accompagné à notre rythme, elle n'a pas touché la tête du bébé pour le mettre au sein, elle a laissé le temps faire les choses. A son rythme mon bébé s'est mis à téter, après avoir pleuré un petit moment. Tout s'est fait naturellement.

Annaïg M, 2 enfants

Ni infantilisée

La douceur et la chaleur [des sages-femmes lors d'un suivi global et d'un AAD] sont bien plus efficaces pour de nombreux maux et sentiments retenus sinon, les choses sont simples alors que bien d'autres professionnels nous laissant sans réponse ou utilisant leur jargon sans prendre la peine ou le temps de nous expliquer, entretiennent un sentiment de peur, de culpabilité, **finalement de dévalorisation de soi très préjudiciable pour prendre en main notre rôle de mère.**

Patricia G., 3 enfants

[A la clinique,] Quand j'ai eu besoin d'aide car l'allaitement a été difficile, je suis tombée à chaque fois sur quelqu'un d'autre et chacun ou chacune me racontait autre chose, mais il manquait le temps pour vraiment me donner le soutien dont j'avais besoin. Au contraire, je me sentais ridiculisée que je n'arrivais pas à mettre mon bébé au sein, le personnel m'a fait comprendre que je les dérangeais dans leur travail et qu'il serait mieux de donner le biberon à mon bébé, **parce que j'étais incapable ...**

Simone G. 2 enfants

2.4 L'accompagnement global : un maillon indispensable à l'accouchement à domicile

Avoir un seul référent pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum

Grâce à l'accompagnement global de la grossesse, nous avons construit une relation de confiance avec notre sage-femme. En tant qu'interlocutrice privilégiée, elle nous a soutenu dans notre projet, dans nos questionnements ... **Néanmoins, elle a su nous orienter vers d'autres professionnels lorsque c'était nécessaire (échographie supplémentaire, rendez-vous de dépassement de terme à l'hôpital ...).**

Marie et François T. 1 enfant

Nous voulions aussi le maximum de sécurité possible, donc une sage-femme, avec son matériel et son monitoring, pour nous tous seuls, et pas quelqu'un qui passe 30 secondes toutes les demi-heures en proposant comme unique anti douleur une péridurale (bah oui, la SF hospitalière n'a pas le temps de me choyer, me reconforter et me masser, d'ailleurs sait-elle seulement que cela se fait et que c'est d'un grand secours au plus fort des contractions?).

Ingrid S., 3 enfants

Permettre aux parents d'être acteurs de cet évènement

[Au cours de l'accompagnement global], **nous nous sentons responsabilisés, soutenus, et plus autonomes** (nous allons vivre l'accouchement et non le subir). **L'accouchement est humanisé**. Les demandes des parents sont prises en compte dans un climat de grande écoute, de collaboration et de confiance.

Olivier M., 2 enfants

Avec l'accompagnement global, on apprend à se connaître, et les conditions de l'accouchement se mettent en place progressivement, au long du suivi de grossesse. La confiance est réciproque: nous connaissons la sage-femme et tenons compte de ses limites et de sa personnalité. Elle nous connaît et **nous donne les informations pour que nous fassions nous-mêmes nos choix**. L'implication de la sage-femme et des parents responsabilisés sont des gages de confiance importants.

[...] De plus, la sage-femme est là **pour une femme uniquement, qu'elle connaît, elle est présente en continu, ce qui réduit le temps de réaction en cas de problème** (par rapport à l'hôpital où les sages-femmes s'occupent de plusieurs parturientes en même temps).

Claire D, 1 enfant

Réagir (et prévoir de réagir) rapidement aux situations d'urgences

Pour finir, nous avons l'intime certitude que le 3^e accouchement aurait été catastrophique en maternité où une seule sage-femme ne peut pas être à l'écoute en permanence. Gisèle par son expérience et son ressenti a décelé les toutes premières manifestations d'une complication et agit avec une rapidité impossible aujourd'hui en milieu médicalisé.

Pascale S., 3 enfants

Personnellement, je n'ai pas eu l'impression d'être inconscient [en accouchant à domicile] car tous les éléments de santé et de déroulement de la grossesse étaient positifs, et que l'organisation matérielle à la maison me paraissait au point. **J'ai été aussi rassuré par le fait que la sage femme avait prévu une situation d'urgence et l'évacuation vers la maternité proche de chez nous**.

Nous le referons à coup sûr si les conditions de santé et de préparation à l'accouchement sont réunies comme lors de la naissance de notre fille.

Enfin, ce que je ne comprends pas c'est dans notre pays que l'accouchement à domicile soit plus dangereux que dans certains pays du nord de l'Europe !!

Emmanuel B. 1 enfant

2.5 Point de vue des sages-femmes pratiquant l'AAD

Si on pose la question aux sages-femmes iséroises, Savoyardes, et Hautes-Savoyardes qui accompagnent les naissances à la maison : « Pourquoi ? », voilà ce qu'elles répondent :

J'ai toujours voulu accompagner à domicile, avant même de commencer mes études de sage-femme. Par les hasards de la vie, je me suis retrouvée à travailler en institution 5 ans avant de débiter à domicile. C'est l'accompagnement qui fait écho à mes convictions sur la naissance respectée dans sa physiologie, qui fait écho à ma conscience professionnelle, et à l'autonomie et la liberté auxquelles j'aspire pour accompagner au plus près d'elle même chaque famille dans la naissance, à ce moment de leur vie, dans leurs conditions. C'est là que je me sens à ma place de sage femme. Un jour, alors dans une maternité où j'essayais d'expliquer à une surveillante sage-femme l'idée de pouvoir mener une réflexion pour adapter nos conduites à tenir au cas par cas, celle ci m'a rétorqué "on ne te demande pas de réfléchir, on te demande d'appliquer le protocole!!!" . 5 ans d'études pour entendre ça, ça a été le détonateur de mon arrêt en institution.

Sandrine F., sage-femme accompagnant les accouchement à domicile en Savoie depuis 2009

Je ne savais même pas que cela était possible puisque je sortais de 18 ans de service hospitalier. Je rêvais de plus de globalité et j'ai eu la chance de rencontrer une sage-femme avec qui j'ai fait du compagnonnage. Les femmes m'ont appris qu'on pouvait avoir confiance en elles, ce qu'on ne m'avait jamais dit, puisque nous intervenons toujours, soit sur le déroulement du travail (perfusion, synto, péri, rupture, aide à l'expulsion...) soit sur l'enfant (aspiration, gouttes, lavage, clampage rapide du cordon...). Ce qui m'a décidé en finalité c'est la "bêtise" des résistances du monde médicale à l'ouverture d'un

plateau technique : trop risqué ; pas assez cadré ; aucune confiance en 18 ans de pratique hospitalière...) et l'expérience sensorielle d'une primipare qui, après avoir accouché comme une fleur en 2H m'a dit " j'ai senti mon bébé descendre en moi et je sentais qu'il n'irait pas plus loin alors j'ai attendu. Puis la contraction suivante, après avoir bougé légèrement, j'ai senti que la contraction l'emmenait plus bas, mais je savais qu'il ne sortirait pas encore cette fois alors j'ai attendu. Et enfin, je l'ai senti glissé à la sortie librement et ça été du pur bonheur de sentir son corps glissé de moi". Et moi, jeune sage-femme de 18 ans d'expérience hospitalière et nouvelle née à domicile, j'ai accueilli un nouveau né en 3 CU sans un mot, sans avoir dirigé, sans être intervenue en quoi que ce soit , en la laissant libre de ses mouvements et de sa posture "à genoux fermés" , sans que la femme "pousse", pire "expulse" le bébé avec en prime, un périnée intacte. Une grande leçon de vie qui a révolutionné ma pratique à tout jamais.

Elisabeth L. , sage-femme accompagnant les accouchement à domicile en Haute-Savoie depuis 2005

Il m'aura fallu passer par l'expérimentation. Après quelques années d'exercice en milieu hospitalier, dans une maternité où la physiologie semblait avoir sa place (et je m'y employais), j'ai accouché de ma fille, avec le véritable « pack primi »: ocytocine de synthèse, péridurale, forceps, épisiotomie et mise en place laborieuse de l'allaitement. Je n'ai eu qu'une seule certitude: je n'étais absolument pas préparée ni accompagnée pour qu'un accouchement naturel soit possible et la maternité ne pouvait pas être le lieu qui me convenait pour mettre au monde mon enfant. Puis j'ai eu la chance d'être présente lors de l'accouchement à domicile d'une amie ce qui m'a profondément bouleversé : j'ai enfin assisté à une naissance, avec émerveillement! Par la suite, mes deux fils sont nés à la maison et tout naturellement, je me suis installée en libéral pour accompagner les accouchements à domicile. Le plaisir et l'émotion sont toujours intacts. Accompagner des parents, dans leur intimité, accueillir avec eux ce nouvel enfant; chaque sage-femme devrait avoir cette expérience. Il est tellement plus «facile» d'accompagner un couple que l'on connaît, de répondre à une peur, d'encourager, d'avoir une présence ajustée à chacun, de dépister une anomalie et de commencer sa prise en charge...et il est tellement doux d'être chez soi pour vivre cet événement.

Cécile B. , sage-femme accompagnant les accouchement à domicile en Isère depuis 2009

« Après mes deux accouchements, je me suis repositionnée en tant que professionnelle. J'ai compris la difficulté, pour la femme qui accouche, de ne pas connaître la sage-femme et de subir sa non disponibilité à cause d'un système qui lui demande de s'occuper de plusieurs parturientes sans pouvoir personnaliser l'accompagnement. La rencontre de Mireille Paulin, sage femme accompagnant les AAD m'a conforté dans ce que je venais de vivre et ce qui m'apparaissait comme juste. C'est ainsi que j'ai découvert le métier de sage-femme comme je le pratique depuis maintenant 15 ans

Gisèle P, sage-femme accompagnant les accouchement à domicile en Isère depuis 1998

Isabelle Brabant sage-femme québécoise écrit dans son livre « Vivre sa grossesse et son accouchement, une naissance heureuse » page 407 :

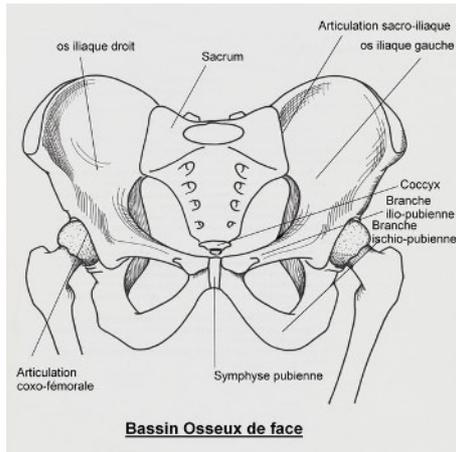
J'ai l'immense privilège d'assister des accouchements à la maison depuis plusieurs années. Il est difficile d'en décrire l'atmosphère à quelqu'un qui n'en a jamais assisté. Le confort, la présence rassurante des objets familiers, la liberté de changer de pièce quand on veut, de retourner pour la troisième fois dans le bain, de passer quelques instants sur le balcon à prendre l'air, d'ouvrir le réfrigérateur et de choisir ce qu'on veut manger ; l'extraordinaire force des contractions qui côtoie l'odeur du café qu'on prépare, cet indicible mélange d'intensité et d'ordinaire, tout cela contribue à donner à chaque accouchement une saveur unique qui ressemble aux gens qui habitent la maison.

Tout ce qui a déjà été dit au sujet du soutien pendant le travail, de la nécessité de bouger, de faire des sons, tout cela se vit simplement dans l'intimité de l'endroit habité par ce couple. Les autres personnes sont tous des invités, y compris la sage-femme ou le médecin. (...) Tout cela peut-être reproduit dans un autre endroit, **mais le climat particulier de la maison est unique. Toute tentative d'humaniser la naissance à l'hôpital ne peut qu'essayer de reproduire les conditions idéales de l'accouchement à la maison... sans jamais vraiment y parvenir puisque, par définition l'hôpital n'est pas la maison ! »**

3 Accouchement Physiologique

3.1 Mécanique obstétricale

Il s'agit des grands axes d'un accouchement physiologique, ce qui se passe au niveau du corps maternel et comment celui-ci y est adapté.



Le bassin osseux

C'est à travers le bassin osseux que l'enfant va évoluer. Le bassin osseux est constitué de quatre pièces articulées entre elles, soit les deux os iliaques, le sacrum et le coccyx. Il est pertinent d'intégrer également les notions de :

- mobilité du bassin plutôt que sa taille, ceci parce que le bassin bouge lors du passage de l'enfant,
- capacité de l'enfant à s'accommoder en orientant et en diminuant le volume de sa tête.

Engagement de la présentation

Tout d'abord la présentation s'engage dans le détroit supérieur. Il va du bord supérieur de la symphyse, continu latéralement sur les lignes innominées, pour arriver en arrière sur le bord antérieur de l'aileron sacré et l'angle sacro-lombaire ou promontoire.

À cet endroit le bassin que l'on peut se représenter comme un cylindre n'a pas une forme ronde mais plutôt ovale. Les diamètres qui le composent ne sont pas équivalents.

Le diamètre retenu est dit « utile » car se sera celui choisi par l'enfant pour s'orienter lors de sa descente. Au moment de l'engagement c'est le diamètre oblique qui sera le diamètre utile. Il va d'une articulation sacro-iliaque à l'éminence iléo-pectinée controlatérale. Il mesure théoriquement 12,5cm.

Le plan du détroit supérieur est oblique en bas et en avant, presque vertical. Il fait un angle de 69° avec l'horizontale lorsque la femme est debout, et 45° en position couchée.

L'enfant va s'engager dans la majeure partie des cas en position transverse haute, occiput contre éminence iléo-pectinée, face en regard du sinus controlatéral, le dos contre le ventre maternel.

Descente et dégagement

Ensuite le bébé passe par l'excavation pelvienne qui se situe en arrière de la face postérieure de la symphyse pubienne. Latéralement se trouve la face interne de l'os iliaque, en dessous de la ligne innominée et en arrière la surface sacro-coccygienne.

L'enfant effectue alors une rotation afin de s'adapter au diamètre le plus grand qui est antéro-postérieure à ce niveau là. Il se place la face contre le sacrum, son occiput se place derrière la symphyse pubienne, afin de réaliser une déflexion pour le dégagement.

La mécanique obstétricale est déterminée en grande partie par la forme du canal pelvien, qui est courbe autour d'un point fixe, la symphyse pubienne.

On voit là que **l'anatomie maternelle dirige essentiellement l'orientation de la présentation**. Il ne s'agit pas de nier les autres facteurs qui peuvent agir sur le déroulement de l'accouchement, notamment l'aspect hormonal, mais un certain déterminisme existe déjà du fait de l'anatomie.

Analyse des mouvements effectués par le bassin

Les grands diamètres des orifices d'entrée et de sortie du canal pelvien ne sont pas les mêmes : au détroit supérieur le grand diamètre est un des obliques, la tête de l'enfant s'engagera donc en oblique ; au détroit inférieur le grand diamètre est antéropostérieur, orienté comme la fente musculaire des releveurs, la tête de l'enfant se dégagera donc en antéropostérieur.

La forme du canal osseux et l'orientation des différents diamètres imposent donc à l'enfant des mouvements complexes d'enroulement et de rotations contemporains de la descente.

Afin de favoriser ces mouvements d'engagement et de dégagement **les pièces articulaires du bassin osseux ont une possibilité de mouvement**. Lors de l'engagement, le **sacrum**, qui se trouve en arrière du bassin réalise un mouvement de **bascule vers l'arrière**, mouvement dit de contre nutation, ce qui permet d'accroître le lieu d'accueil de la tête fœtale. De la même façon **lors du dégagement se produit un mouvement de nutation**, où le sacrum se fléchit en avant ce qui ouvre le détroit inférieur. Lors de ce mouvement de dégagement s'ajoute une mobilité possible entre le sacrum et le coccyx. **Le coccyx se recule vers l'arrière**.

D'autres mouvements comme la **nutation et contre nutation iliaque** participent à ces mouvements globaux. **Enfin ils peuvent concerner une articulation à la fois ou bien plusieurs. Les mouvements peuvent être unilatéraux ou bilatéraux, coordonnés ou non.**

Tous ces mouvements conjugués favorisent une **mobilité qui permet de gagner 1cm en moyenne sur les diamètres utiles**.

Il ne faut pas omettre dans cette description de la physiologie de l'accouchement les **possibilités de mouvement des os du crâne du bébé à naître**. Ces derniers sont unis par des sutures qui sont des zones cartilagineuses non encore ossifiées. Cette structure particulière permet aux os d'avoir quelques mouvements les uns par rapports aux autres, notamment de compressions, comme de chevauchements.

3.2 Comment favoriser la physiologie

Ceci nous montre surtout que les choses ne sont pas figées lors d'un accouchement. **Une variété importante de facteurs** entre en compte afin de s'adapter au mieux au déroulement physiologique de la naissance. Si chaque paramètre est « minime », c'est leur cumul qu'il est nécessaire et primordial de préserver afin de permettre à chaque instant une optimisation d'adaptation. **Supprimer un paramètre, le figer ou l'ignorer peut rapidement conduire à la mise en place d'un phénomène pathologique.**

Nécessité de la mobilité

Cette mobilité, cette liberté de mouvement articulaire est donc nécessaire afin de rendre optimale la sortie du bébé. Elle se réalise lorsque la femme qui accouche a une liberté totale de mouvements, permettant même de se mettre debout. En effet, un mouvement articulaire peut se produire lorsque l'articulation est libre et non contrainte par une pression voire une immobilisation extérieure.

Lorsque la femme est allongée sur le dos son bassin se trouve immobilisé en grande partie : le sacrum surtout, et même si elle n'y prend pas garde les ailes iliaques ainsi que les articulations environnantes

qui favorisent les mouvements. De cette manière la descente du bébé se trouvera contrariée par ces contraintes mécaniques **augmentant ainsi le risque de dystocie**.

La douleur ressentie n'en sera qu'accrue puisque la tête du bébé exercera une pression plus grande sur les parties molles du bassin et notamment **le plexus hypogastrique**, centre vasculaire et nerveux du petit bassin.

D'autre part l'enfant va passer dans le bassin osseux qui a une forme de cylindre courbe, et non pas droit. Cette courbe s'enroule autour du pubis et s'oriente en bas et en avant lorsque la femme est debout ou à genoux. Si elle se couche sur le dos, l'axe de sortie du cylindre s'oriente alors vers le haut !

Intérêt de la position verticale

- **Des efforts amoindris**

Lors d'une position allongée la femme qui accouche ne peut pas compter sur la gravité pour sortir son bébé. C'est vers le haut qu'elle devra pousser pour vaincre la force ascensionnelle et faire sortir son enfant. Cela représente un effort considérable à fournir pour une femme qui est déjà en travail depuis plusieurs heures souvent.

A cela il faut ajouter que cet effort se fera en se contractant, alors que l'expulsion est traditionnellement décrite comme un mouvement passif nécessitant en fait un relâchement musculaire volontaire. Les muscles du périnée et surtout le releveur de l'anus doivent se relâcher afin de laisser passer le bébé sans se déchirer. Ce muscle est un muscle strié, donc avec une innervation dépendant, entre autre, de la volonté.

En position verticale la parturiente bénéficie de la force gravitationnelle et de la possibilité de choisir les positions permettant à son bassin de s'adapter au mieux au passage du bébé. L'accouchement étant facilité la sensation de douleur s'avère différente.

- **Un rythme cardiaque fœtal amélioré**

Une immobilisation porte toujours préjudice à la circulation veineuse. Ceci d'autant plus que le poids de l'utérus et du fœtus se retrouvent dans cette position allongée à compresser la veine cave inférieure, pouvant ainsi créer une insuffisance du retour veineux.

Lors d'une naissance en position verticale et assimilée, les vaisseaux irriguant l'utérus et le périnée étant moins comprimés, l'oxygénation fœtale est mieux assurée au moment de sa descente dans le bassin. On note ainsi une diminution des troubles du rythme cardiaque fœtale lors de l'expulsion.

De façon générale mieux vaut éviter toute immobilisation (cela est aussi valable avec d'autres positions, comme assise sur un tabouret d'accouchement), afin de prévenir toute stase sanguine.

- **Moins de lésions périnéales**

En effet dans les positions verticales et assimilées (debout, accroupi, à genoux, à quatre pattes, décubitus latéral), les résistances périnéales lors de l'ampliation et des efforts expulsifs sont diminuées entraînant une baisse du risque de lésions périnéales postérieures.

3.3 Aspect hormonal : l'ocytocine hormone de l'amour

De nombreuses hormones interviennent lors des phénomènes d'accouchement, et l'ocytocine tient le rôle central.

L'ocytocine, appelée également « hormone de l'amour », est une hormone qui intervient chez les mammifères dans les liens d'attachement et de plaisir, au cours de la sexualité, et donc au cours de

l'accouchement.

Effets mécaniques de l'ocytocine

L'ocytocine est sécrétée par la neuro-hypophyse. Elle appartient au système endocrinien et est sous forte influence du système nerveux. **Elle provoque les contractions utérines qui permettent la naissance du bébé, la délivrance du placenta et la mise en route de l'allaitement.** Sa sécrétion est pulsatile, elle augmente tout au long du travail, selon une courbe dite « vertueuse » : plus on sécrète de l'ocytocine, plus on en sécrète et ainsi de suite

Par ailleurs, cette hormone permet la contraction de cellules spécialisées : notamment celles du sein lors du réflexe d'éjection du lait, les cellules de la prostate et des vésicules séminales lors du « réflexe d'éjection du sperme », et aussi celles de l'utérus pendant l'orgasme, ce qui facilite le transport du sperme vers l'ovule. Dans toutes ces circonstances, il s'agit d'effets périphériques et mécaniques.

Effet comportemental de l'ocytocine

Chez les humains, le développement important du néocortex (en d'autres termes le cerveau de l'intellect) entraîne des accouchements plus difficiles, par comparaison avec les autres mammifères et en particulier les autres primates. Ce surdéveloppement est un handicap car l'activité du néocortex est à l'origine des inhibitions pendant l'accouchement ou pendant toute autre expérience sexuelle. La nature a trouvé une solution pour surmonter ce handicap : c'est la mise au repos d'une partie du néocortex pendant l'accouchement.

En effet, l'ocytocine entraîne une imprégnation cérébrale que l'on ne retrouve pas avec l'ocytocine de synthèse et qui va permettre à la femme de « se couper du monde », de se trouver dans **un état de conscience modifié nécessaire à la mise au monde de son enfant** : l'extérieur ne compte plus, le temps ne compte plus, plus rien ne compte que les contractions, son corps qui s'ouvre et son enfant qui naît... Elle ose se comporter comme jamais elle n'oserait le faire dans la vie quotidienne : elle peut crier ou jurer, se retrouver dans des positions les plus inattendues, souvent à quatre pattes, émettant les sons les plus insolites, cela signifie que le contrôle par le néocortex est réduit.

Cet état de conscience modifié, nous pouvons l'expérimenter lors des relations sexuelles également. Ces relations peuvent être alors plus « faciles », plus « orgasmiques » ou encore plus « physiologiques ».

Il en va de même pour l'accouchement. Ceci permet à la femme d'être **très instinctive**, de trouver à chaque instant la position, le bon souffle et la confiance qui aideront son enfant à descendre dans son bassin.

Il faudra donc éviter toute stimulation du néocortex au cours du travail d'accouchement en se méfiant particulièrement du langage rationnel.

Les recherches autour des effets comportementaux de l'ocytocine ont pris du temps parce que l'ocytocine injectée par voie intraveineuse n'atteint pas le cerveau et n'a que des effets périphériques sur les organes cibles.

Il a fallu attendre 1979 pour que la preuve de ces effets comportementaux soit apportée (1). Cort Pederson et Arthur Prange ont injecté de l'ocytocine non pas par voie intraveineuse mais directement dans le cerveau de rates vierges. Ainsi ont-ils appris à déclencher l'amour maternel. Cette expérience est à l'origine de toute une série de recherches (2) qui se poursuivent activement aujourd'hui.

Pour les physiologistes, la courte phase qui sépare la naissance du bébé et la délivrance du placenta est marquée par un événement clé, qui est la libération d'un pic élevé d'ocytocine. Nous sommes même en mesure de prétendre que **le pic le plus élevé d'ocytocine qu'une femme a la capacité de libérer pendant sa vie se situe juste après la naissance** (3). Cette libération d'ocytocine est vitale, parce

qu'elle est nécessaire pour **la délivrance du placenta** et des membranes, pour la mise en place de l'allaitement en permettant la montée de lait, et aussi parce qu'elle joue un rôle essentiel dans **l'induction d'un comportement maternant**.

Antagonisme adrénaline-ocytocine

Les rôles antagonistes de l'ocytocine et de l'adrénaline sont maintenant bien établis. Ainsi lorsque les mammifères (nous y compris) sécrètent de l'adrénaline, ils ne peuvent pas libérer d'ocytocine. L'adrénaline est sécrétée dans des situations d'urgence, de « survie » en particulier lorsque l'on a peur, lorsque l'on se sent observé et lorsqu'on a froid. On comprend ainsi bien qu'une femme qui accouche a besoin de se sentir en sécurité et en confiance, dans l'intimité (ne pas se sentir observée), le calme, dans un lieu suffisamment chaud et dans la pénombre. Sinon, les sécrétions d'ocytocine diminuent pouvant entraîner un travail plus long et plus difficile.

Cependant l'adrénaline a aussi son rôle à jouer à certaines étapes du travail.

Ocytocine et Endorphines

Lorsque l'ocytocine est bien sécrétée, **les endorphines** viennent alors s'ajouter, permettant de diminuer la douleur et de maintenir la femme dans cet état de conscience modifié décrit précédemment.

3.4 La sage-femme :

Lors d'un accouchement, une sage-femme a un rôle d'**accompagnement médical** de la naissance (observation et surveillance de la mère et son enfant, dépistage de pathologies, premiers gestes d'urgence). Elle veille aussi à ce que les conditions soient optimales pour que le processus puisse rester physiologique.

La plupart des femmes ont besoin de la **présence permanente et rassurante** de la sage-femme au cours du travail. Il en va du maintien de la physiologie.

Une des principale qualité de la sage-femme est sa discrétion, et sa capacité à rester aussi **silencieuse** que possible, évitant en particulier de poser des questions précises ou de faire des commentaires techniques sur la progression du travail. Cela implique aussi qu'il faut se méfier de tout instrument qui peut être perçu comme une façon d'observer, qu'il s'agisse d'une caméra ou d'un monitoring électronique fœtal. La surveillance électronique du rythme cardiaque fœtal est un outil indispensable à la sécurité de la naissance, mais celui-ci peut-être utilisé de façon discontinue et discrète.

La sage-femme pour accompagner une femme qui accouche, doit l'aider à passer ou à se maintenir dans un état de conscience modifiée, en étant **vigilante à ce que les facteurs de mise au repos du néocortex soient pris en compte**.

Répetons qu'une femme en travail a besoins de se sentir en sécurité. **La figure maternelle** que représente la sage-femme, est rassurante pour la femme qui accouche.

Comme toute sage-femme a une connaissance intuitive et scientifique de l'antagonisme adrénaline-ocytocine, elle sait à quel point la sécrétion d'adrénaline est contagieuse. Cela signifie que l'un des premiers devoirs de la sage-femme est de s'assurer que personne ne sécrète de l'adrénaline à proximité de la femme qui accouche. Une de ses préoccupations **est de maintenir son propre taux d'adrénaline aussi bas que possible** et d'aider aussi les accompagnants.

« Comme chaque naissance est unique, chaque femme secrètera un cocktail d'hormones différents et cette variabilité fait de nous une espèce au potentiel d'adaptation élevé.

Il en résulte que pour la sage-femme, l'écoute attentive des besoins individuels de la femme qui accouche est le cœur même de la naissance respectée, puisque les conditions optimales de cette mère,

à ce moment là de sa vie ne peuvent être ni planifiées ni standardisées, notamment en ce qui concerne le lieu de naissance, le contact physique, les bruits et la présence d'autres personnes. »

Fabienne Cazalis dans « Curiosités et l'enfantement » p15

Bibliographie :

Jackson MB. John Radcliffe Hospital cryptorchidism research group. *The epidemiology of cryptorchidism. Horm Res* 1988 ; 30 ; 153-56.

Garcia-Rodriguez J, Garcia-Martin M, et al. *Exposure to pesticides and cryptorchidism : geographical evidence of a possible association. Environ Health Perspect* 1996 ; 104:394-99

Forman D, Moller H. *Testicular cancer. Cancer Surv* 1994 ; 19-20:323-42

Pr Kerstin Uvnäs Moberg ; « Ocytocine : l'hormone de l'amour », Éditions le souffle d'or, Février 2006

Michel Odent ; « L'amour scientifique : les mécanismes de l'amour » ; Éditions le souffle d'or, 2001

Fabienne Cazalis ; « Curiosités et l'enfantement » ; Éditions l'Instant Présent ; Octobre 2011

4 Accouchement à domicile et sécurité : Revue de la littérature

Nous allons présenter les études réalisées sur les risques auxquels s'exposent les familles qui donnent naissance à leur domicile par rapport à celles qui le font dans une structure maternité. Les études ont été menées entre 1970 et 2010 aux Pays bas, Royaume Uni, Canada, Etats Unis, Suisse.

La science médicale moderne tend à s'inscrire dans le concept de "Evidence-Based Médecine" (EBM), la médecine basée sur les faits. Il s'agit d'asseoir toute décision médicale, en plus de l'individualité du patient et de l'expérience du praticien, sur les données de la littérature, après l'évaluation critique de la validité et de l'utilité des publications.

4.1 Définitions :

La mortalité maternelle se définit (OMS) par "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite". Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : "Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus" et "Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse".

La mortalité périnatale est définie comme le nombre de mortinaissances (décès d'un fœtus après 28 semaines de gestation) et de décès néonataux précoces (décès d'enfants de moins d'une semaine).

La morbidité maternelle est un état pathologique chez une femme qui est ou a été enceinte, quels que soient la durée et le site de la grossesse, de toute cause en relation avec ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge ; les causes accidentelle ou incidente étant exclues (OMS, 1993).

La morbidité infantile est un état pathologique chez un enfant conséquence d'un état pathologique de la grossesse ou de l'accouchement (prématurité, hypotrophie néonatale, asphyxie périnatale et infections materno-foetales ...).

4.2 Méthodologie

En nous appuyant sur ce concept, nous avons recherché dans la littérature médicale les études susceptibles de nous aider à répondre à la question soulevée par l'AAD:

Peut-on accoucher chez soi, accompagnés d'une sage-femme, avec des risques similaires à ceux d'un accouchement à l'hôpital en termes de mortalité et morbidité maternelles et fœtales, si on est en bonne santé, à bas risque et à terme?

Pour cela, nous avons recherché les études scientifiques qui comparent l'accouchement planifié à domicile avec un professionnel de santé qualifié et l'accouchement planifié à l'hôpital en termes de mortalité et de morbidité maternelle autant qu'infantile.

Nous avons réalisé une recherche bibliographique sur la base de données PubMed : (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>).

Nous avons utilisé dans le MeSH (Medical Search Heading) les mots-clés « Home childbirth » (MeSH term or Text word) AND « Statistical and data ».

Nous avons retenu les textes en anglais ou français des 15 dernières années, depuis 1996 jusqu'à novembre 2011 (recherche faite le 1er novembre 2011).

Nous avons obtenu 222 résultats.

Nous avons éliminé les articles pour lesquels aucun résumé (abstract) n'était disponible.

Nous avons ensuite lu les résumés et n'avons retenu que les articles qui traitaient uniquement d'accouchements à domicile planifiés, accompagnés par un professionnel de santé, à terme, dans des pays assez comparables au nôtre en terme de conditions de vie et de soins. (Nous avons donc exclu les articles traitant de l'AAD dans des pays en voie de développement (Inde, Sénégal, Bangladesh...). Les études retenues devaient également comparer un groupe de femmes accouchant à domicile avec un groupe de femmes accouchant à l'hôpital, et prendre en compte les critères suivants : mortalité infantile et maternelle, morbidité infantile et/ ou maternelle. Nous avons éliminé l'étude de Davies pour laquelle trop peu de femmes étaient incluses (15), ainsi que deux études australiennes (Bastian (16) et Kennare (17)) qui ne distinguent pas les résultats des femmes à haut risque de ceux à bas risque obstétrical accouchant à domicile.

Nous avons également recherché les méta-analyses relatives aux résultats de l'accouchement à domicile versus hôpital, en combinant « Home childbirth » (MeSH term or text word) et en sélectionnant comme limites anglais, français, et méta analyse comme type d'article.

Nous avons obtenu neuf articles répondant à nos critères de recherche, et 2 méta-analyses. Nous avons également adjoint l'étude anglaise du « Birthplace in England collaborative group » parue quelques jours après notre recherche, et qui inclut un nombre élevé d'accouchements à domicile.

Nous avons donc retenu les études suivantes (présentées par ordre décroissant du nombre d'accouchements à domicile prévus):

4.3 Liste des études retenues :

N°	Nom de l'étude	Étude de cohorte	Période d'inclusion	Pays	AAD planifiés	Accouchements prévus à l'hôpital
1	de Jonge BJOG 2009	rétrospective	2000 à 2006	Pays Bas	32 1307	163 261
2	Birthplace in England Collaborative Group BMJ. 2011	prospective	2008 à 2010	Royaume Uni	16 840	19 706
3	Hutton Birth 2009	rétrospective	200 à 2006	Canada (Ontario)	6 692	6 692
4	Johnson et Daviss BMJ 2005	prospective	2000	États Unis d'Amérique (98%) et Canada (2%)	5 418	3 360 868
5	Janssen, Saxell et al CMAJ 2009	prospective	2000 à 2004	Canada (Colombie Britannique)	2 899	4.752 (avec les mêmes sages-femmes) 5 331 (avec un médecin)

N°	Nom de l'étude	Étude de cohorte	Période d'inclusion	Pays	AAD planifiés	Accouchements prévus à l'hôpital
6	Symon BMJ 2009	appariée rétrospective	2002 à 2005	Royaume Uni	1 278	7 214
7	Wtegers BMJ 1996	prospective	1990 à 1993	Pays Bas (province du Gelderland)	1 140	696
8	Lindgren, Radestad et al Acta Obstetrica et Gynecologica 2008	étude de population rétrospective	1992 à 2004	Suède	897	11 341
9	Janssen, Lee et al CMAJ 2002	prospective	1998 à 1999	Canada (Colombie Britannique)	862	571 (avec une sage-femme) 743 (avec un médecin)
10	Ackermann-Liebrich BMJ 1996	prospective	1989 à 1992	Suisse (Zurich)	439	418

Niveaux de preuve

En 2000, l'OMS (14) détermine six niveaux de preuve, de la (données provenant de la méta-analyse d'essais contrôlés randomisés) à IV (données provenant de rapports ou opinions de comités d'experts et/ou expérience clinique d'autorités éminentes)

Il n'y a pas d'étude contrôlée randomisée comparant la sécurité relative des accouchements à domicile et à l'hôpital. Ce type d'étude est irréalisable car très peu de femmes accepteraient que leur lieu d'accouchement soit tiré au sort.

Les études comparant l'AAD et l'accouchement à l'hôpital sont donc des études cas témoins, avec un niveau de preuve III.

4.4 Mortalité périnatale :

Toutes les études retenues mentionnent la mortalité périnatale, perçue comme le critère le plus important pour comparer la sécurité de l'accouchement à domicile avec l'accouchement hospitalier.

Pour autant, la mortalité périnatale est un indicateur dont la fiabilité peut être discutée, car sa définition diffère selon les études et les pays. De plus, certaines études incluent les enfants présentant des malformations létales, ou des morts in utero avant travail, décès qui ne sont pas liés au lieu d'accouchement choisi.

En outre, le taux de mortalité périnatale étant bas dans les pays développés, le nombre de participants aux études est souvent insuffisant pour observer cet événement rare. Les auteurs doivent alors calculer l'intervalle où se situeraient les résultats si une étude similaire était refaite. Parfois ils ne peuvent pas conclure.

Enfin, nous nous attachons au taux de mortalité périnatale uniquement des femmes à bas risque pour répondre à notre question de départ sur la sécurité de l'AAD.

Les auteurs qui ont inclus des AAD prévus pour des femmes à haut risque distinguent leurs résultats pour les femmes à bas risque et à haut risque.

Voici un tableau récapitulant les résultats obtenus :

N°	Nom de l'étude	Mortalité périnatale AAD (pour 1000 naissance)	Mortalité périnatale hôpital (pour 1000 naissances)	interprétation	Définition de la mortalité périnatale
1	de Jonge BJOG 2009	0,6 ‰ RR=1,00 IC 95% (0,78 - 1,27)	0,7 ‰	Pas de différence significative de mortalité périnatale entre les 2 groupes	morts intrapartum et morts néonatales entre 0 et 7 jours de vie
2	Birthplace in England Collaborative Group BMJ. 2011	4,2 ‰ IC 95% (3,2 - 5,4)	4,4 ‰ IC 95% (3,2 - 5,9)	Pas de différence significative des odds ratio ajustés de mortalité et morbidité néonatale liée à l'accouchement entre les 2 groupes	morts intrapartum et néonatales précoces (excluant les morts avant travail) et morbidité néonatale liée à l'accouchement (encéphalopathie néonatale, inhalation méconiale, lésions du plexus brachial, fractures de l'humérus et de la clavicule)
3	Hutton, Reitsma, Kaufman	1 ‰	1 ‰	Pas de différence significative de mortalité périnatale entre les 2 groupes	morts intrapartum et morts entre 0 et 27 jours de vie, en excluant les malformations létales et les morts avant travail
4	Johnson et Daviss 8MJ 2005	1,7 ‰	1,9 ‰	Pas de différence significative de mortalité périnatale entre les groupes AAD et hôpital	morts intrapartum et morts néonatales, en excluant les malformations létales et morts avant travail
5	Janssen, Saxell et al CMAJ 2009	0,35 ‰ IC 95% (0,0 - 1,03)	0,57 ‰ (IC 95% 0,00-1,43) hôpital avec SF 0,64 ‰ (IC 95% 0,00 1,56) hôpital avec médecin	Pas de différence significative de mortalité périnatale entre les groupes AAD et hôpital	mort-nés après 20 semaines de grossesse, ou morts néonatales entre 0 et 7 jours
6	Symon BMJ 2009	4,8 ‰	3,3 ‰	Pas de différence significative du taux de mortalité périnatale entre les groupes AAD et hôpital	mort-nés et morts néonatales entre 0 et 28 jours de vie
7	Wiegers BMJ 1996	chiffres non interprétables (échantillon trop petit)	chiffres non interprétables (échantillon trop petit)	Chiffres non interprétables (échantillon trop petit)	pas de définition de la mortalité périnatale
8	Lindgren, Radestad et al Acta Obstetrica et Gynecologica 2008	2,2 ‰ RR = 3,6 IC 95% [0,8-17,21]	0,7 ‰	Pas de différence significative de mortalité périnatale entre les groupes AAD et hôpital	morts intrapartum et morts néonatales entre 0 et 28 jours de vie
9	Janssen, Lee et al CMAJ 2002	IC 95% du taux de mortalité périnatale entre 0,9 ‰ et 9 ‰	IC 95% du taux de mortalité périnatale entre 0,1 ‰ et 8,9 ‰ hôpital avec médecin 0 ‰ et 8,1 ‰ hôpital avec sage-femme	Pas de risque maternel ou néonatal accru en cas d'AAD	mort-nés et morts néonatales entre 0 et 28 jours de vie
10	Ackermann-Liebrich BMJ 1996	2,3 ‰ (hôpital et AAD rassemblés)	2,3 ‰ (hôpital et AAD rassemblés)	Échantillon trop petit pour avoir des résultats significatifs pour la mortalité maternelle ou périnatale, ou les complications rares	morts nés et morts néonatales sans plus de précisions

*Pour l'étude de Johnson (4), la mortalité périnatale du groupe AAD est comparée avec la mortalité périnatale de différentes études portant sur des naissances hors hôpital ou des naissances hospitalières à bas risque. Le taux de 1.9 pour mille retenu est celui de l'étude citée la plus importante en nombre de naissances, celle de Schlenzka P (Safety of alternative approaches to childbirth. PhD thesis, California :Stanford University, 1999)

A titre de comparaison, en France, nous n'avons pas non plus de chiffre pour la mortalité périnatale des naissances à bas risques. En effet, le taux de mortalité est estimé à 10 pour 1000 d'après l'Enquête Nationale Périnatale 2010 et serait parmi les plus élevés de l'Union Européenne, mais ce taux n'est pas très précis compte tenu de la taille de l'échantillon (15 418 enfants) dans l'enquête, et il englobe les résultats de toutes les grossesses, à bas et haut risque obstétrical.

En conclusion, il ressort de ces études qu'il n'y a pas de différence significative de mortalité périnatale pour les femmes à bas risque entre l'hôpital et l'AAD.

L'accouchement à domicile n'entraîne pas de risque accru à l'enfant, en cas de bas risque obstétrical.

4.5 Mortalité maternelle :

Aucune femme n'est décédée dans les études.

4.6 Morbidité maternelle:

Dans les neuf études qui traitent cette question (2,3,4,5,6,7,8,9,10) , les résultats en termes de morbidité maternelle sont au moins aussi bons pour les femmes ayant choisi l'AAD que pour celles ayant choisi l'hôpital.

Notons que dans les études, les femmes sont classées selon le lieu d'accouchement choisi et non le lieu d'accouchement effectif. Ainsi on trouve dans les groupes AAD des interventions possibles uniquement en milieu hospitalier (césarienne, épisiotomie), suite à des transferts en cas de situation pathologique.

Toutes les études qui utilisent cet indicateur concluent à des taux de césariennes nettement plus bas pour les accouchements prévus à domicile que pour ceux prévus en milieu hospitalier. C'est encore plus vrai pour les taux d'extraction instrumentale. Les taux d'épisiotomies sont également beaucoup plus faibles pour les femmes ayant prévu un AAD, sans que cela augmente le taux de lésions périnéales sévères (3ème ou 4ème degré) parmi elles. Dans les études qui les ont décomptées, les hémorragies (>1000mL) sont en général moins fréquentes chez les femmes ayant choisi l'AAD, et au maximum aussi fréquentes que chez celles ayant choisi l'hôpital.

4.7 Morbidité infantile:

Cinq études (3,4,6,8,10) ont retenu le score d'Apgar pour évaluer la morbidité infantile, parmi lesquelles aucune ne relève de différence significative entre les naissances prévues à domicile et celles prévues à l'hôpital. L'étude de De Jonge, particulièrement fiable grâce au grand nombre d'accouchements qu'elle regroupe, s'intéresse aux admissions en unité de soins intensifs néonataux, et ne relève pas de différence entre AAD et hôpital.

4.8 Méta-analyses

En 1997, Olsen a réalisé une méta-analyse (11) d'études publiées entre 1970 et 1994. Ces études incluent un groupe de femmes ayant choisi l'AAD (pas d'accouchement inopiné à domicile), et un groupe témoin comparable de femmes ayant choisi d'accoucher à l'hôpital. Sur les 607 publications traitant d'AAD sur cette période, seules 6 ont été retenues, comprenant 24092 femmes à bas risque.

Olsen observe que la mortalité périnatale n'est pas significativement différente entre les deux groupes (OR=0.87, IC 95% [0.54-1.41]), et qu'il y a moins de scores d'Apgar bas dans le groupe AAD. Il trouve aussi dans le groupe AAD moins d'interventions médicales et de déchirures graves du périnée. Aucune mort maternelle n'est à déplorer dans ces études.

Olsen conclut donc que l'AAD est une alternative acceptable à l'accouchement hospitalier pour des femmes à bas risque obstétrical.

L'autre méta analyse que nous avons trouvée est celle de Wax (12). Cette méta-analyse publiée en 2010, inclut 12 études et porte sur 342 056 femmes ayant choisi un AAD et 207 551 ayant choisit un accouchement hospitalier.

Son auteur conclut à des taux de mortalité périnatale similaires entre les 2 groupes, mais un taux de mortalité néonatale significativement plus élevée (3 fois plus) dans le groupe AAD.

Or cette méta-analyse est très critiquée: comme l'explique M Keirse dans un article de Birth de 2010 (13), 93.9% des naissances dans la méta-analyse de Wax proviennent de l'étude de De Jonge (1), qui ne trouve pas de différence des taux mortalité et morbidité entre les AAD prévus et les accouchements prévus à l'hôpital. Mais Wax exclut cette étude du calcul de la mortalité néonatale. Or, vu le nombre de naissances qu'elle représente, l'inclure aurait complètement changé les conclusions de Wax.

De nombreux auteurs se sont élevés contre la partialité de la publication de Wax. Nous estimons donc que nous ne devons pas la prendre en compte car les conclusions en sont erronées.

4.9 Conclusion

D'après cette revue de la littérature (notamment les études récentes (1, 2) portant sur 338 147 dossiers et permettant de détecter des évènements rares mais graves), nous pouvons conclure que prévoir un accouchement à domicile n'augmente pas le risque de mortalité périnatale et de morbidité périnatale pour les femmes à bas risque obstétrical, accompagnées par une sage-femme ou un médecin, si un transfert vers un hôpital est possible dans de bonnes conditions.

Bibliographie

1 De Jonge A, Van der Goes B, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births BJOG 2009; 116:1177-1184

2 Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2011 Nov 23;343:d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.

3 Hutton EK, Reitsma AH et al. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. Birth 2009; 36(3): 180-189

4 Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ 2005; 330 (7505): 1416-1419

5 Janssen PA, Saxell L et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ 2009; 181(6-7): 377-383

6 Symon A, Winter C et al. Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units :matched comparison study. BMJ 2009; 338(7709):1485

7 Wiegers TA, Keirse MJ, van der Zee J, Berghs GA. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in the Netherlands. BMJ 1996; 313:1309-1313

- 8 Lindgren HE, Radestad IJ et al. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica* 2008; 87(7):751-759
- 9 Janssen PA, Lee KS et al. Outcomes of planned home birth versus planned hospital birth after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002; 166(3): 315-323
- 10 Ackermann-Liebrich U, Voegeli T et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *BMJ* 1996; 313(7068):1313-1318
- 11 Olsen O. Meta analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997; 24 (1):4-16
- 12 Wax JR, Lucas FL, Lamont M, et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital birth: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010 ; 203:243.e1-8
- 13 Keirse MJ. Home birth: gone away, gone astray, and here to stay. *Birth* 2010 dec ; 37(4) : 341-6
- 14 OMS Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle, annexe IV, page 43 (consultable sur www.who.int/medicinedocs/pdf/s4929f/s4929f.pdf)
- 15 Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. *BMJ* 1996; 313: 1302-1306
- 16 Bastian H, Keirse MJ, et al. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *BMJ* 1998; 317 (7155): 384-388
- 17 Kennare RM, Keirse MJ, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia 1991–2006: differences in outcomes. *MJA* 2010; 192: 76–80

5 L'accouchement à domicile en Europe

Les informations réunies dans cette partie sont tirées des contacts pris avec des sages-femmes aux Pays-Bas, en Suisse et en Allemagne et de la consultation de sites internet d'associations de sages-femmes.

Nous avons étudiés ces données selon 5 axes :

- Le taux d'accouchements à domicile dans le pays concerné
- Le nombre de sages-femmes pratiquant les AAD
- L'existence d'une assurance en responsabilité civile professionnelle et son coût en regard de la rémunération des actes
- L'existence de pratiques communes aux sages-femmes pratiquant les AAD
- L'existence d'un travail en réseau avec les maternités

Il a été difficile de répondre à toutes ces questions, pour de nombreux pays nous n'avons pas trouvé les informations nécessaires, disparates d'un pays à l'autre.

	France	Pays-Bas	Allemagne	Suisse	Espagne	Royaume-Uni
taux AAD	0,1 %	14 %	0,5 %	0,8 %	0,1 %	2,8 %
nombre de sages-femmes (AAD)	60-80	-	500	-	50	-
prix d'un AAD	313,60 €	1 970,00 €	548,80 €	1 055,00 €	-	salariées
coût de l'assurance RCP annuelle	30 000,00 €	5 000,00 €	4 242,00 €	400,00 €	-	-

5.1 *Le cas particulier des Pays bas*

La grossesse est, aux Pays-Bas, considérée comme physiologique jusqu'à preuve du contraire. **La sage-femme est donc le professionnel de premier recours des femmes enceintes.** Si la grossesse est physiologique et que la femme n'a pas d'antécédents médicaux particuliers, les couples sont suivis et accouchent avec leur sage-femme à domicile, ou en plateau technique.

Lors du suivi de grossesse, le sens clinique est privilégié aux examens systématiques ou aux protocoles et les examens complémentaires ne sont réalisés que sur signes d'appel.

Aux Pays-Bas on considère qu'en cas de grossesse physiologique **l'accouchement à domicile est une pratique qui garanti toute la sécurité nécessaire à la mère et à l'enfant** (cf chapitre 4 AAD et sécurité : revue de la littérature), **que les couples qui peuvent bénéficier de cet accompagnement sont globalement satisfaits, et que les coûts de cette pratique sont moindre qu'une naissance en milieu hospitalier.** De ce fait, les couples qui souhaitent accoucher en maternité, doivent assumer une partie des frais liés à la naissance et ne restent que rarement hospitalisés suite à l'accouchement.

Les sages-femmes sont rémunérées 1970,00 euros pour la prise en charge d'une naissance à domicile. Le coût annuel de l'assurance en responsabilité civile professionnelle est de 5000 euros.

14 % des naissances ont lieu à la maison au Pays-Bas.

Les sages-femmes travaillent en collaboration étroite avec les maternités de leur secteur. Une fois par mois les sages-femmes hospitalières et libérales et les médecins (gynécologues, pédiatres, anesthésistes) se réunissent au sein de la maternité pour partager autour des thèmes liées à la grossesse et à la naissance à domicile et hospitalière (exemple : lors de l'AAD naissance au rez de chaussée ou à l'étage, comment faire pour que l'accompagnement des femmes hospitalisées en grossesse pathologique par rapport à leur dépendance au tabac)

Le système de soin néerlandais est organisé de façon à ce que les couples puissent rester à leur domicile ou y retourner rapidement après la naissance dans de bonnes conditions. Les parents bénéficient d'un forfait d'accompagnement par une infirmière puéricultrice, pour les aider autour de l'accueil du nouveau né : surveillance médicale du couple mère-enfant, appel de la sage-femme en cas de problèmes, aide à l'allaitement, aide à la logistique de la maison et auprès de la fratrie ... L'infirmière puéricultrice est présente plus de 50 heures au cours de la première semaine, de jour comme de nuit, selon les besoins exprimés par les parents. Elle est choisie par les parents au cours de la grossesse, lors d'un entretien.

Quel que soit le lieu de l'accouchement, si la grossesse a été physiologique, la surveillance fœtale est discontinuée, et s'effectue à l'aide du doppler fœtal (petit appareil permettant d'écouter le rythme cardiaque fœtal sans l'enregistrer). La voie veineuse périphérique n'est posée qu'en cas de complications liées à la délivrance. En cas de rupture des membranes, la femme enceinte appelle la sage-femme de garde. Cette dernière vient confirmer la rupture, vérifier la couleur du liquide amniotique, la température de la mère et enfin, le rythme cardiaque fœtal. La réalisation d'un toucher vaginal n'est pas systématique. Si tout est normal, la femme peut rester vingt-quatre heures à la maison et la sage-femme viendra régulièrement vérifier que tout va bien. Il est conseillé aux femmes de manger et de boire pendant le travail. On laisse la possibilité aux femmes de pousser pendant deux heures si nécessaire, à condition que le rythme cardiaque et la progression du bébé dans le bassin ainsi que l'état de la femme le permettent. L'infirmière puéricultrice est appelée par le père peu de temps avant la naissance.

Après la naissance, le nouveau-né, s'il va bien, est immédiatement posé sur le ventre de sa mère et le cordon n'est coupé que lorsqu'il a arrêté de battre. La sage-femme a avec elle tout le matériel nécessaire à l'aspiration et à la réanimation du nouveau-né si nécessaire. Concernant la délivrance, l'injection d'ocytocine de synthèse est effectuée en intramusculaire, si la femme présente des facteurs de risque. La sage-femme reste environ deux heures auprès de la femme et du nouveau-né. Pendant ces deux heures, elle examine le nouveau-né et surveille les saignements et la tonicité utérine de la femme. Le bain n'est donné que le lendemain de la naissance.

La sage-femme travaille en partenariat avec l'infirmière puéricultrice, elle rend visite au couple tous les jours pendant les 4 premiers jours puis un jour sur deux jusqu'au dixième jour.

Il y a extrêmement peu de procès autour de la naissance.

5.2 L'Allemagne

Il existe une association de sages femmes libérales qui pratiquent l'AAD en Allemagne. Deutscher Fachverband fuer Hausgeburtsilfe (DFH). C'est auprès de cette association que nous avons obtenu les informations suivantes.

En Allemagne il est possible d'accoucher à domicile, en maison de naissance, en plateau technique ou en maternité. En 2010 :

- 680 413 enfants sont nés en Allemagne.
- 10 721 naissances (y compris 11 mères attendant des jumeaux) ont été planifiées hors centre hospitalier 84.4% des accouchements planifiés à la maison ou en MDN ont se sont déroulés dans le lieu prévu. Le taux de transfert est donc de 15,6%.
- 0,5% de naissances en Allemagne ont eu lieu à domicile, (3 709 naissances), ce qui représente 34,6% des accouchements planifiés en extra-hospitalier.
- 6 982 enfants sont nés dans une des 135 maisons de naissance répertoriées en Allemagne.
- - 10 des 11 femmes qui attendaient des jumeaux ont pu accoucher en MDN ou à domicile, (non comptabilisés comme deux naissances dans les statistiques).

On compte en Allemagne environ 18 000 sages femmes.

L'adhésion à une association professionnelle n'est pas obligatoire en Allemagne, il est donc difficile d'avoir une répartition du type d'exercice des sages-femmes libérales à savoir combien d'entre elles accompagnent les naissances à domicile ou en Maison de Naissance.

En 2010, 500 sages-femmes pratiquent l'AAD et elles ont accompagnés 3 709 naissances.

Les sages femmes allemandes ont également assuré 26 AAD dans les pays voisins, dont 17 en Autriche, 5 en Belgique, 2 en Suisse et 2 en France.

Les assurances maladie allemandes remboursent l'AAD complètement, sauf un "forfait d'astreinte" (environ 200€) qui varie selon les Länder.

Par contre, certaines assurances donnent une "prime" pour l'AAD qui couvre largement cette somme. En effet ces assurances constatent que le coût d'un AAD est bien inférieur au coût d'une naissance en milieu hospitalier.

Nous n'avons pas obtenus d'informations sur l'intégration au réseau de soin des sages-femmes accompagnant les AAD.

La situation a beaucoup changé en Allemagne ces dernières années. Concernant l'assurance en responsabilité civile professionnelle, ce sont les fédérations de sages femmes qui négocient les primes pour leurs adhérents. La plus grande association de sages-femmes d'Allemagne a pu négocier un contrat d'assurance de 4 242 €/an pour 2012.

La somme de dommages corporels est limitée à 6 Millions d' euros avec la non- souscription du contrat après un sinistre. Le contrat peut être ajusté selon les besoins 4 fois par an, par exemple si une sage femme ne fait pas d'accouchement pendant 1 mois elle peut ne pas s'assurer pendant ce temps là...

Le 4 mai 2012, les sages-femmes libérales d'Allemagne ont manifesté devant le Ministère de la Santé à Berlin pour exprimer leur mécontentement face à leurs conditions de travail. Elles exprimaient notamment que l'assurance pour les sages-femmes libérales est devenue trop chère. Les primes demandées depuis 1992 ont été multipliées par plus de 20 : 178,95€/an en 1992 - 2400.-€/an en 2009 - et une hausse de 80% pour juillet 2012 = 4242,35/an.

Dans le même temps les revenus pour un AAD ont augmenté de peu, de 125,27€ en 1992 à 548,80€ aujourd'hui.

5.3 La Suisse

Source : <http://www.hebamme.ch/fr/heb/shv/stats.cfm>, Statistiques des sages-femmes indépendantes de Suisse : Analyse des données 2011, Gesundheit Institut für Hebammen.

Les sages-femmes indépendantes assurent le suivi des femmes et des familles durant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et la période d'allaitement. Dans le cadre du mandat de prestations entre la Fédération suisse des sages-femmes et SantéSuisse, l'association faitière des assureurs-maladie suisses, une statistique nationale sur le travail des sages-femmes indépendantes est publiée chaque année depuis 2005. Les sages-femmes saisissent les prestations effectuées ainsi que les données socio-démographiques et obstétricales de toutes les femmes et familles suivies.

On compte 3500 sages-femmes en Suisse en 2010, dont 2231 exerçant en maternité et 1179 en cabinets privés. En 2011, 79712 enfants sont nés en Suisse, dont 1039 en Maison de Naissance (1,3% des naissances, dans 19 MDN), et **614 naissances à domicile (0,8 % des naissances)**.

On note que de 2005 à 2011 le nombre de naissances accompagnées par des sages-femmes indépendantes est passé de 2821 à 3276 soit une augmentation de 16 %.

La plupart des accouchements effectués par des sages-femmes indépendantes ont eu lieu en plateau technique (41 %, 1188) et dans des maisons de naissance (36 %, 1039). Un enfant sur cinq est né à la maison (21 %, 614).

Les sages-femmes ont été présentes en moyenne durant 10 heures et 12 minutes pendant l'accouchement.

Une seconde sage-femme a été requise pour 37.3% des accouchements (1'221); un médecin a été appelé avant la naissance de l'enfant dans 21.7% des accouchements (711).

Lieu effectif de l'accouchement lors d'accouchement entièrement suivi par la sage-femme :

Tableau 8: lieu prévu et effectif de l'accouchement lors de suivi complet de l'accouchement par une sage-femme indépendante en 2011

			Lieu effectif de l'accouchement					total
			à domicile	maison de naissance	hôpital	hôpital avec sage-femme agréée	autre	
Lieu prévu pour l'accouchement	à domicile	nombre	580	3	7	20	3	613
		% dans le lieu prévu	94.6%	0.5%	1.1%	3.3%	0.5%	100.0%
	maison de naissance	nombre	16	1'025	1	7	0	1'049
		% dans le lieu prévu	1.5%	97.7%	0.1%	0.7%	0.0%	100.0%
	hôpital	nombre	10	2	25	23	0	60
		% dans le lieu prévu	16.7%	3.3%	41.7%	38.3%	0.0%	100.0%
	hôpital avec s-f agréée	nombre	8	9	7	1'138	2	1'164
		% dans le lieu prévu	0.7%	0.8%	0.6%	97.8%	0.2%	100.0%
	au total	nombre	614	1'039	40	1'188	5	2'886
		% dans le lieu prévu	21.3%	36.0%	1.4%	41.2%	0.2%	100.0%

Indications manquantes n = 61

328 femmes ont été transférées au cours du travail, soit un taux de transfert de 10 %. Le détail complet des causes de transfert sont sur le document édité par Gesundheit Institut für Hebammen, <http://www.hebamme.ch/fr/heb/shv/stats.cfm>.

L'AAD est clairement mentionné dans la loi suisse, dans l'article 29 de la loi Fédérale sur l'assurance maladie RS 832.10 qui est consacré à la maternité :

« L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité.

Ces prestations comprennent:

- les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- les conseils nécessaires en cas d'allaitement;
- les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère. »

http://www.admin.ch/ch/f/rs/832_10/a29.html

5.4 *L'Espagne*

L'accouchement à domicile en Espagne est un service privé qui n'est pas remboursé. Les sages-femmes travaillent seules ou en équipe, et sont, pour la plupart, couvertes par une assurance professionnelle.

Il y a environ 50 professionnels qui pratiquent des naissances à domicile, dont 35 en Catalogne, région dans laquelle la demande est beaucoup plus importante. D'une façon générale, la demande dépasse l'offre, et beaucoup de couples doivent renoncer à leur projet faute d'une sage-femme pour les accompagner.

On estime que chaque année, environ 500 femmes accouchent à la maison (pour 500 000 naissances environ). Les accouchements à domicile représentent donc environ 0,1% des naissances.

Un contrat est signé entre chaque couple et la sage-femme et la responsabilité est partagée entre eux : la sage-femme est responsable de l'accompagnement et de l'information faite à ce couple, ainsi que de les rediriger vers l'hôpital si cela est nécessaire. Les parents, de leur côté, sont responsables de leurs propres décisions.

Les sages-femmes déplorent qu'il n'y ait pas une bonne compréhension entre les équipes hospitalières et les sages-femmes qui font le choix d'accompagner les accouchements à domicile. Elles aimeraient plus de respect mutuel.

source : site « Neixer a casa » le 8/01/13 <http://www.neixeracasa.com>,
site d'une association de sages-femmes libérales pratiquant des AAD

5.5 *Le Royaume-Uni*

Au Royaume-Uni, Le NICE «National Institute for Health and Clinical Excellence» édite des recommandations basées sur les preuves actuelles de la science afin de réduire les variations dans les traitements et les soins dispensés au sein du National Health Service (NHS).

Ces recommandations mentionnent que les femmes peuvent choisir le lieu de la naissance de leur enfant : à domicile, dans une maison de naissance ou dans une maternité.

Le NICE stipule clairement que la grossesse et l'accouchement sont physiologiques dans une très grande majorité des cas et que les femmes doivent en être informées. Elles doivent aussi savoir que les données scientifiques actuelles montrent que les accouchements qui ont lieu en dehors des maternités ont plus de chance d'être naturels, sans intervention médicale. En revanche, il est dit que si l'accouchement a de graves complications, le pronostic peut être plus mauvais en maison de naissance ou à domicile pour la mère et/ou pour l'enfant que s'ils étaient en maternité.

Si la mère a des antécédents médicaux ou obstétricaux qui augmentent le risque de complications lors de la naissance, on doit donc lui conseiller d'accoucher dans une maternité.

2.8% des naissances ont lieu à la maison au Royaume-Uni.

La plupart des sages-femmes qui accompagnent les naissances à domicile sont salariées du National Health Service (NHS) et bénéficient ainsi d'une prime d'assurance pour les AAD très abordable.

Quelques sages-femmes sont indépendantes, la plupart du temps non assurées car la prime d'assurance annuelle de 23 700 € ne le leur permet pas.

Références

www.independentmidwives.org.uk/?node=11615

www.nice.org.uk/CG055fullguideline

www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR6_08-1604-140_V02.pdf

6 LES INSTANCES FAVORABLES AU DEVELOPPEMENT DE L'AAD

6.1 *L'Organisation Mondiale de la Santé :*

En 1997, l'OMS publie un guide pratique qui s'intitule : « *les soins liés à un accouchement normal* ». L'OMS distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité.

- Catégorie A : Les pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager
- Catégorie B : Les pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer
- Catégorie C : Les pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent
- Catégorie D : Les pratiques fréquemment utilisées à tort

Dans la catégorie A, on retiendra :

- Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance (2.4)
- Fourniture des soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance (2.4, 2.5)
- Respect du choix par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement (2.5)
- Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation (2.6).

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_fr/

En 2007, lors de la conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'OMS réunissant une soixantaine de participants, l'OMS formule 21 recommandations principales ([Annexe 6.5 -1](#)). La cinquième recommandation rappelle :

Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses.

6.2 *L'Europe*

La charte européenne des droits de la parturiente :

Le 8 juillet 1988, une résolution présentée et votée par le Parlement Européen à Strasbourg porte le nom de « Charte européenne des droits de la parturiente » ([Annexe 6.5 -2](#)). Ce texte est fréquemment cité comme une référence dans de nombreux pays européens. La France quant à elle n'a toujours pas ratifié cette charte qui précise :

« Le Parlement européen demande [...] que la Commission présente rapidement une proposition prévoyant » :

- le choix du lieu (domicile, hôpital) et des modalités (positions) d'accouchement ainsi que du type d'allaitement ;

- l'assistance à domicile en cas d'accouchement à domicile

Il demande en outre que les institutions sanitaires concernées :

- encouragent et diffusent la connaissance des pratiques de l'accouchement à domicile;
- vérifient les niveaux d'assistance et garantissent aux accouchées les droits à la vie privée et des traitements sanitaires adéquats ;
- procèdent à une requalification et à une ré-affectation de leur personnel dans la perspective de l'accouchement à domicile ou suivant des pratiques non prévues par les structures sanitaires actuelles.

La France, n'ayant pas ratifié la charte, elle n'applique donc pas les directives européennes.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)

Le 15 décembre 2010, la CEDH réaffirme : « **le droit de la vie privée des parents de choisir le lieu de naissance, dont le domicile** » ainsi 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** ».

<http://combatsdroitshomme.blog.lemonde.fr/2010/12/15/conditions-dexercice-de-la-liberte-daccoucher-a-domicile-cour-edh-2e-sect-14-decembre-2010-ternovszky-c-hongrie/>

6.3 Le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF)

Dans la lettre du Conseil de l'Ordre publiée dans *Contact Sages-femmes* (numéro 30, [de] février 2012), Marianne Benoit Trong Canh, Anne-Marie Curat et Claire Akouka signent un article dont le titre est :

« Deux études récentes démontrent la sécurité des accouchements hors structures hospitalières ». Elles font références aux études :

- Perinatal and Maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies : the Birthplace in England national prospective cohort study – BMJ 2011 ; 343:d7400.
- Planned Home compared with planned hospital birth in the Netherlands – Obstetrics and Gynecology Vol. 118, N°5, November 2011

Cet article reprend les résultats de ces études qui ont démontrées que l' « *on peut proposer aux femmes ayant eu une grossesse à bas-risque le choix du lieu de leur accouchement. (...) Les auteurs estiment que ces résultats sont en faveur d'une politique offrant aux femmes ayant une grossesse à bas risque un choix quant au lieu de l'accouchement et permettront aux femmes et aux couples d'avoir des échanges éclairés avec les professionnels de santé concernant le lieu de la naissance. [...]* »

Ces deux études, menées sur des cohortes extrêmement larges, démontrent de façon incontestable que le tout-hôpital n'est pas une garantie en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité périnatales. Leurs conclusions sont à mettre en parallèle avec le modèle périnatal français, où les patientes ont un choix restreint quant au lieu de leur accouchement et, avec le développement des protocoles dans les maternités, ont de moins en moins d'options quant au déroulement de celui-ci. [Ces études démontrent] que d'autres lieux d'accouchement que l'hôpital ne présentent pas un sur-risque pour les femmes et les nouveau-nés. »

6.4 L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL)

Sur son site internet www.ansfl.org, l'ANSFL laisse une place importante à l'accompagnement global, et notamment à l'accouchement à domicile. On peut y lire :

« Lorsque l'on évoque l'accouchement à domicile dans notre société, les réactions les plus courantes révèlent les peurs liées à la naissance : « c'est dangereux », « c'est beaucoup trop risqué », « et si ça se passe mal ? »... »

Le but de tous au moment d'un accouchement est d'assurer à la femme qui accouche et à son bébé la plus grande sécurité possible. Encore faut-il s'entendre sur ce que l'on met sous le mot sécurité.

Actuellement, celle-ci se confond le plus souvent avec la technique, présentée comme le moyen le plus sûr de parer à toutes les éventualités et de tendre vers le « risque zéro ». Tous les accouchements sont ainsi considérés comme des pathologies potentielles et traités comme telles « au cas où ». Ce type de traitement est créateur de stress, allant ainsi à l'encontre du bien-être de la femme qui accouche et du respect de la physiologie.

Pourtant, les femmes et les sages-femmes en ont l'intuition, la sécurité nécessaire au bon déroulement d'un accouchement réside sans doute ailleurs : dans l'affectif, l'émotionnel, le respect du temps qu'il faut pour mettre son bébé au monde, dans la façon dont on se sent entourée et soutenue à ce moment-là. Où se trouve alors la « sécurité » optimale ? Quel est le lieu le plus propice pour mettre au monde son bébé ? Les réponses à ces questions divergent d'une femme à l'autre, d'un accouchement à l'autre. Mais dès lors que l'on s'interroge ainsi, on comprend aisément que l'environnement technique du milieu hospitalier, les personnes présentes et souvent inconnues et les gestes posés, soient plus perturbants que « sécurisants » pour certaines femmes.

A notre époque, dans nos pays occidentaux, les progrès réels en matière d'hygiène, de médecine et de conditions de vie en général permettent d'aborder la grossesse et l'accouchement d'autant plus sereinement que l'on peut compter sur une prévention efficace. On peut alors imaginer que des femmes et des couples, bien informés, réfléchissent et choisissent en toute conscience ce qui leur convient le mieux en matière de sécurité pour la naissance de leur enfant, et que cette sécurité peut se trouver à leur domicile plutôt que dans les « usines à bébés » que sont devenues beaucoup de nos maternités. Il s'agit d'un projet éclairé qui n'exclut pas la structure hospitalière et la technique, mais les remet à leur juste place. Ce n'est pas un rejet négatif de l'hôpital mais une réflexion positive sur ce que l'on aimerait vivre pour la naissance de son enfant, si les circonstances le permettent. »

D'autre part, dès 2002, l'ANSFL propose une **charte de l'accouchement à domicile** revue en 2009 ([Annexe 6.5 -3](#))

6.5 Annexes

Annexe 6.5 - 1 : Recommandations de l'OMS - 2007

Conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réunissant une soixantaine de participants

http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02%28s%29.pdf

Principales recommandations formulées

1. Les ministères de la santé devraient établir des politiques spécifiquement axées sur l'introduction de la technologie dans les services de santé et sur les marchés commerciaux
2. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale
3. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux
4. Les groupes féminins d'entraide ont une valeur intrinsèque dans la mesure où ils constituent des mécanismes de soutien social et de diffusion des connaissances, notamment eu égard à la naissance
5. Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses
6. La Formation en matière de soins à donner pendant l'accouchement devrait viser à faire mieux connaître les aspects sociaux, culturels, anthropologiques et éthiques de la question
7. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement

8. L'évaluation de la technologie devrait revêtir un caractère multidisciplinaire et relever de tous les types de prestataires de soins qui l'utilisent, des épidémiologistes, des spécialistes des sciences sociales ainsi que des autorités sanitaires. Il faudrait que les femmes visées par la technologie participent à la planification de son évaluation puis à l'évaluation et à la diffusion des résultats obtenus. Ces résultats devraient être communiqués à tous ceux qui ont permis de les obtenir, ainsi qu'aux collectivités au sein desquelles la recherche a été conduite
9. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple)
10. Le bien-être psychologique de la mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours de la période postnatale
11. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère
12. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement
13. Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne
14. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par voie basse chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence
15. Il n'est pas prouvé que le monitoring foetal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du fœtus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitoring foetal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du fœtus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring
16. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas
17. Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance
18. Le recours systématique à l'épisiotomie ne se justifie pas. D'autres méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées
19. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10 %
20. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément requis pour traiter ou prévenir une complication
21. La rupture artificielle des membranes n'est pas indispensable avant un stade avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

Annexe 6.5 - 2 : Charte européenne des droits de la parturiente

Résolution (doc. B2-712-86)

conformément à l'article du règlement et votée par le Parlement Européen, Strasbourg, juillet 1988

Le Parlement Européen

- A- Considérant que, dans la plupart des cas, l'accouchement a perdu son caractère spontané et naturel en raison, souvent d'une médicalisation inutile
- B- Considérant que la science médicale traditionnelle n'a jusqu'à présent, pas toujours été en mesure d'aborder l'accouchement comme un événement physiologique naturel
- C- Considérant que cette altération de l'image de l'accouchement a permis le développement de modèles

d'assistance qui répondent aux besoins de l'organisation médicale, mais pas toujours à ceux de la mère et de l'enfant

D- Conscient que la structure sanitaire actuelle conduit dans de nombreux cas à compliquer l'accouchement et le travail qui le précède, multipliant les besoins d'intervention médicale

E- Conscient qu'à la suite de tout cela, les femmes sont souvent dans l'impossibilité de vivre activement l'événement de l'accouchement et la rencontre avec l'enfant

1- Demande que chaque naissance soit protégée depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, par une charte des droits de la parturiente

2- Demande par conséquent que la Commission présente rapidement une proposition en ce sens prévoyant

a- la création d'une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après l'accouchement ;

b- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement pour connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement du point de vue physique et psychique, ainsi que les techniques et les méthodes d'accouchement en usage ;

c- l'insertion dans le cadre des accords syndicaux de clauses donnant à la femme enceinte et à son partenaire la possibilité de participer à ces cours pendant les heures de travail ;

d- le choix du lieu (domicile, hôpital) et des modalités (position) de l'accouchement ainsi que du type d'allaitement ;

e- l'assistance à domicile en cas d'accouchement à domicile ;

f- la possibilité d'accoucher au moment opportun, c'est-à-dire sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, et donc même en dehors des heures de travail normales du personnel, le dimanche, la nuit et les jours fériés ;

g- la présence pendant les douleurs et pendant l'accouchement, d'une personne choisie par la parturiente, si possible son partenaire ;

h- la possibilité pour la femme enceinte d'être consultée sur les thérapies et les traitements qu'elle doit subir ainsi que sur les risques que présentent d'éventuelles thérapies de remplacement ;

i- la possibilité pour la mère d'avoir, pendant toute la période d'allaitement, le nouveau-né à côté d'elle, de le nourrir suivant ses propres exigences plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux ;

j- la possibilité pour le père et ou d'autres personnes de la famille de rendre visite à l'accouchée et au nouveau-né sans restriction d'horaires

3- Demande en outre que les institutions sanitaires concernées

a- encouragent et diffusent la connaissance des pratiques de l'accouchement à domicile ;

b- vérifient les niveaux d'assistance et garantissent aux accouchées le droit à la vie privée et des traitements sanitaires adéquats ;

c- procèdent à une requalification et à une réaffectation de leur personnel dans la perspective de l'accouchement à domicile ou suivant des pratiques non prévues par les structures sanitaires actuelles ;

d- encouragent, pendant la période d'allaitement, des rencontres entre des personnes spécialisées et les accouchées en vue de la formation de ces dernières en matière d'allaitement, de puériculture, d'hygiène périnatale et de contraception ;

e- fassent en sorte, par d'éventuelles restructurations, que des services de pathologie néonatale soient installés à côté de ceux d'obstétrique et que des locaux communs soient réservés aux activités prévues aux points 2b et 2d ;

f- fournissent périodiquement des données sur la morbidité et la mortalité périnatales et maternelles, sur les modalités des accouchements, sur l'utilisation de médicaments au cours de la période de travail précédent l'accouchement ainsi que des données statistiques sur la population assistée

4- Charge son Président : de transmettre la présente résolution aux gouvernements des Etats membres à l'U.N.I.C.E.F. et à l'O.M.S. en les invitant à la diffuser parmi les associations et les organismes sanitaires intéressés

<http://users.swing.be/carrefour.naissance/>

<http://naissance.ws>

Annexe 6.5 - 3 : Charte de l'accouchement à domicile de l'ANSFL

« Une naissance est un événement normal et sain. Chaque femme vit la normalité de sa grossesse et de son accouchement de façon unique. L'accouchement à domicile fait partie du système de soins primaires et les professionnels qui le pratiquent font partie d'un réseau visible et reconnu.

Afin de garantir aux usagers une sécurité optimisée, l'ANSFL propose un référentiel de bonne pratique. Ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile.

- 1. La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant mettre au monde à domicile doivent en avoir fait la demande, ils peuvent expliquer leurs motivations et sont conscients de la part de responsabilité qu'ils prennent. Toute sage-femme doit avant de s'engager dans une naissance à domicile avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. Il est essentiel que puisse s'établir une relation de confiance partagée.*
- 2. A chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur leur choix. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de déontologie des sages-femmes). Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. Ce document peut être la charte ANSFL de l'AAD enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme.*
- 3. Accompagnement global : L'accouchement et le suivi postnatal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée).*
- 4. La préparation de la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entourent les futurs parents et envisage les aspects matériels de l'AAD. Elle vise à créer un climat serein et confiant sans lequel l'accouchement à domicile deviendrait contre-indiqué.*
- 5. L'accouchement à domicile ne peut être envisagé qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle que hypertension, diabète, toxémie, etc.) chez une femme en bonne santé. Toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse.*
- 6. Les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque majoré de complication (siège, gémellaire). L'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 SA. Les moyens utilisés pour apporter de l'aide à chaque femme pendant son accouchement sont avant tout la mise en valeur de ses propres capacités, ainsi que les savoir-faire liés à l'expérience de chaque SF. L'enfant surveillé régulièrement pendant la travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance.
L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.*
- 7. La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers une maternité pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie et listée dans le code de déontologie), lorsque l'accouchement requiert une technique telle que la pose d'une analgésie, la stimulation des contractions, l'utilisation d'un forceps, ventouse etc, ou si le couple en fait la demande en cours d'accouchement.
Pour le confort de la femme, et une continuité correcte des soins, le transfert doit toujours être préparé :
- En sachant vers quelle maternité ce transfert aura lieu et, si possible, en ayant informé cette maternité de cette éventualité (au moins une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour constitution du dossier médical et présentation du projet d'AAD).
- En ayant prévu le moyen de transport (voiture personnelle, pompier, SAMU...).*
- 8. Les soins que nous prodiguons à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques.*
- 9. La sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches. Cette évaluation permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques. »*

7 La pratique de l'accouchement à domicile : exemple d'exercice en Isère

7.1 Organisation du suivi par les sages-femmes :

Dans le cadre du suivi global, nous vous proposons de voir l'organisation d'un cabinet de **2 sages-femmes** Iséroises qui accompagnent les accouchements à domicile sur un secteur allant d'Aix-les-Bains/Chambéry en Savoie aux pourtours de l'agglomération grenobloise en Isère.

Les parents prennent contact souvent dès le début de la grossesse. Ils rencontrent les deux sages-femmes qui pratiquent un co-suivi de la grossesse. Ces consultations permettent le suivi médical (prise de TA, HU, examens complémentaires biologiques, échographies, écoute du bébé in utéro...), et de faire connaissance tout au long de la grossesse.

- Lors de la **première consultation**, l'interrogatoire permet de dépister, entre autre, les critères d'exclusion de l'AAD. Ces critères sont expliqués aux couples et réévalués tout au long de la grossesse. Les possibilités de transfert sont facilement évoquées au cours de ce premier entretien.
- Les rencontres régulières avec le couple au fil de la grossesse sont l'occasion d'échanger, d'apprendre à se connaître, d'avancer dans ce projet.

Pour un premier AAD, les parents sont encouragés à pratiquer au moins **3 séances de préparation à la naissance** avec les sages-femmes, permettant d'aborder des questions spécifiques à l'accouchement physiologique, à l'accouchement à domicile, aux possibilités de transfert et de médicalisation du travail. D'autres séances leurs sont proposées toujours dans l'objectif de travailler sur le lâcher-prise, l'écoute de ses sensations, de ses émotions, ses sentiments ...

Au cours du huitième mois de grossesse, le couple doit rencontrer en consultation **une sage-femme et un anesthésiste** de l'équipe obstétricale de **la structure de transfert** envisagée (CH d'Albertville, de Chambéry, de La Tronche et de Voiron).

Ces rendez-vous permettent au couple d'établir une relation avec un(e) représentant de la structure, de bénéficier d'un examen médical, d'établir un dossier en cas de transfert, de s'informer auprès de l'équipe des protocoles usuels dans ces maternités et d'exprimer leur propres souhaits (projet de naissance) par rapport à l'accouchement et la naissance de leur enfant.

Au début du neuvième mois de grossesse, les sage-femmes effectuent chacune **une visite au domicile** des parents afin de repérer les lieux, de rencontrer le couple dans son environnement, et de voir avec les parents les lieux de naissance envisagés (étage ou rez de chaussée, accès possible du SAMU, organisation matérielle, piscine d'accouchement si la possibilité d'accouchement dans l'eau est envisagée...).

Lors de cette visite, les sages-femmes amènent une boîte de matériel ([Annexe 7.4 - 1](#)) qui restera chez les parents pour la naissance. La charte de l'accouchement à domicile proposée par l'ANSFL ([Annexe 6.5-3](#)), et l'avenant ([Annexe 7.4 - 2](#)) à cette charte sont signés par les parents. Le planning de garde des sages femmes est communiqué aux parents à ce moment là.

Dés le début du travail ou dés la rupture spontanée des membranes (RSM), le couple contacte la sage-femme de garde. Parfois une première visite est effectuée (en cas de RSM), d'autres fois (lors du pré-travail) les parents et la sage-femme échangent au téléphone régulièrement jusqu'à ce que sa présence soit souhaitée. La sage-femme vient avec son matériel de surveillance du rythme cardiaque du bébé et de réanimation pédiatrique ([Annexe 7.4 - 1](#)) le reste du matériel étant déjà chez les parents.

La sage-femme restera auprès du couple et surveillera le bon déroulement du travail et de l'accouchement jusqu'à 2 à 3 heures après la délivrance. La première mise au sein (en cas d'allaitement maternel) est effectuée, la plupart du temps, en présence de la sage-femme qui réalise également la pesée de l'enfant et l'examen pédiatrique.

Lors des **suites de couches**, la sage-femme présente à l'accouchement vient consulter régulièrement les parents et l'enfant à leur domicile, en fonction de leurs besoins. Elle accompagne la mise en place de l'allaitement et de la relation parents-enfant, la surveillance clinique de la mère et de l'enfant ainsi que la surveillance pondérale de ce dernier ; elle effectue, si les parents l'autorisent, le test de Guthrie, donne les informations nécessaires aux parents... Ce suivi dure autant que nécessaire.

La consultation pédiatrique du 8ème jour est faite chez un médecin du choix des parents.

La **consultation post-natale** (frottis cervico-vaginal et prescription de la contraception si nécessaire) et la **rééducation du périnée** sont très souvent réalisées avec la même sage-femme.

La sage-femme est formée pour dépister une pathologie, donc pour décider d'un transfert et faire les premiers gestes d'urgence si nécessaire : réanimation néonatale, délivrance artificielle, révision utérine...

7.2 Critères d'inclusion et d'exclusion :

L'accouchement à domicile ne s'adresse qu'à des femmes en bonne santé présentant une grossesse physiologique.

Les critères développés ci-dessous n'engagent que notre cabinet de sage-femme à Crolles (Isère). Cette liste n'est pas exhaustive et s'adapte aux progrès de la médecine.

Critères d'inclusion : Ce sont les critères médicaux ou psycho-sociaux pour lesquels nous acceptons d'accompagner une femme pour accoucher à domicile.

- couple faisant la demande d'accoucher à domicile
- grossesse physiologique
- domicile à moins de 30mn d'une maternité
- domicile accessible au SAMU
- parents ayant pris connaissance et signé la charte de l'AAD de l'ANSFL et son avenant

Les critères d'exclusion stricts : Ce sont les critères médicaux ou psycho-sociaux pour lesquels nous refusons d'accompagner une femme pour accoucher à domicile.

- Présentation du siège
- Grossesse multiple
- Rupture Prématuurée des Membranes (RPM) > 48H (HAS- Annexe 6)
- Grossesse pathologique (pré-éclampsie, diabète insulino dépendant, ...)
- Placenta praevia ou bas inséré (distance col/placenta < 4cm)
- Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU)
- Prématurité
- Antécédent de césarienne
- Terme dépassé > 42SA
- Lésion d'herpès génital le jour de l'accouchement
- Non confiance mutuelle

Les critères d'exclusion relatifs : Ce sont les critères médicaux ou psycho-sociaux pour lesquels nous engageons une discussion avec les parents avant de décider ensemble si nous poursuivons le suivi pour un accouchement à domicile.

- Antécédent d'hémorragie de la délivrance
- Suspicion de disproportion fœto-pelvienne
- Terme entre 41 et 42 SA
- RPM < 48H

Critères d'exclusion en début de travail : Ce sont les critères médicaux ou psycho-sociaux pour lesquels nous pouvons être amenés à rejoindre la maternité en cours de travail.

- Présentations dystociques
- Liquide Amniotique teinté
- Anomalies du Rythme Cardiaque Foetal (RCF)
- Hyperthermie maternelle
- Non progression du travail

Bien entendu, tout paramètre paraissant suspect à la sage femme et/ou aux parents est un critère d'exclusion à poursuivre l'accouchement à domicile.

7.3 *Évaluation de notre pratique :*

La période d'évaluation est de 4 ans et demi du 1er janvier 2008 au 30 Mai 2012.

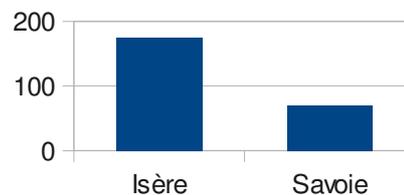
Dans ce temps nous avons effectué 245 suivis de grossesses de couples souhaitant accoucher à domicile, soit en moyenne 55 suivis par an.

Département de naissance :

Notre cabinet est à mi-chemin entre Grenoble en Isère (38) et Chambéry en Savoie (73).

Nous avons suivis 175 femmes en Isère soit 71,43 % et 70 femmes en Savoie (28,57%).

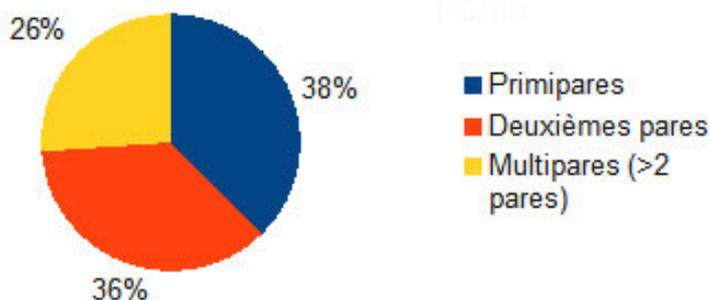
Départements



Parité :

La Parité correspond au nombre d'accouchements d'une femme, et plus précisément au nombre d'enfants qu'elle a mis au monde vivants :

- une primipare est une femme qui a accouché pour la première fois
- une deuxième pare est une femme qui a accouché pour la seconde fois.
- Dès qu'une femme a accouché au moins une fois, on peut utiliser le terme multipare et lorsque la femme a accouché plus de cinq fois, on parle de grande multipare.



Ces suivis concernent 92 primipares (37,55 %), 89 deuxièmes pares (36,33 %) et 64 troisièmes pares et plus (26,12 %). Parmi ces multipares nous avons accompagné 7 femmes présentant une grande multiparité (2,85%).

Femmes adressées à la maternité au cours de la grossesse :

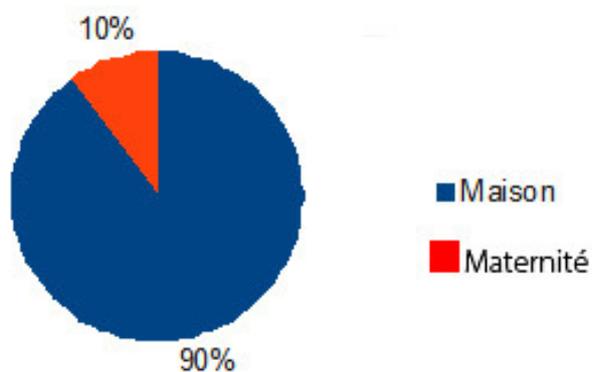
Nous avons orienté 27 femmes (11 %) au cours de leur grossesse pour une naissance en maternité : 7 femmes ont déclaré une pathologie au cours de la grossesse, 1 couple a changé de projet en fin de grossesse, 5 femmes ont été orientées en maternité pour portage asymptomatique de Streptocoque B au niveau vaginal ou infection avérée à Streptocoque B (urinaire), 5 femmes ont été orientées en maternité pour une présentation podalique (en siège) de leur bébé, 9 femmes ont été orientées en maternité pour un motif lié au dépassement de leur terme.

Femmes adressées à la maternité au cours de la grossesse		27
pathologie de grossesse		6
HTA		1
prématurité		1
RCIU		2
Placenta praevia		1
Diabète gestationnel insulino-dépendant		1
changement projet		2
controverse sur le pronostic obstétrical entre l'équipe hospitalière et les SF libérales		1
par choix des parents		1
liés au strepto B		5
portage Strepto B		4
inf urinaire strepto B		1
sièges		5
liés au dépassement de terme		9
refus cslt terme		1
dépassements		7
suspicion oligoamnios à terme		1

Pour la suite, nous allons utiliser 2 chiffres de base de données :

- n1 = 218 correspondant au nombre de femmes qui débutent leur travail à la maison,
- n2 = 196 correspondant au nombre de femmes qui ont accouché à la maison, 22 femmes ayant été transférées en cours de travail.

Femmes qui débutent leur travail à la maison :



a- Lieu de Naissance :

Parmi les femmes qui débutent leur travail à la maison (n1=218), 196 (90%) vont accoucher à la maison et 22 (10%) accouchent à la maternité.

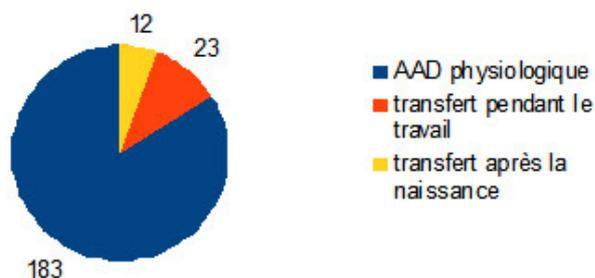
b- Mode d'accouchement :

Sur l'ensemble des femmes qui débutent leur travail à la maison (n1=218), nous comptons :



- 202 femmes (92,66 %) qui ont accouché physiologiquement (Accouchement Naturel À Terme) soit 196 à la maison (n2) et 6 à la maternité,
- 7 femmes (3,21 %) ont eu besoin d'une aide à l'expulsion (forceps ou ventouse),
- 9 femmes (4,13%) ont accouché par césarienne.

c- Taux d'Accouchement à domicile sans transfert :



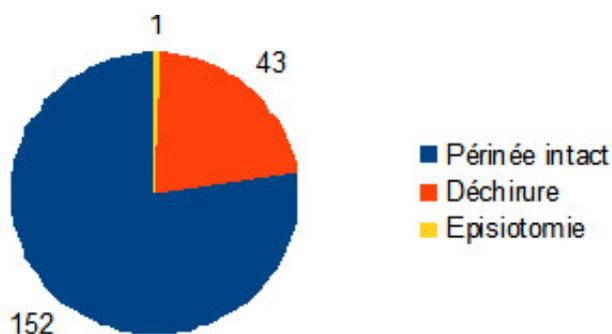
Parmi les 218 (=n1) femmes qui ont débuté leur travail à la maison :

- 183 femmes (84%) ont accouché à la maison de façon naturelle et sans complication
- 35 femmes (16%) ont été transférées à la maternité :
 - o 22 (10 %) au cours du travail
 - o 13 (6 %) après la naissance.

Femmes qui accouchent à domicile :

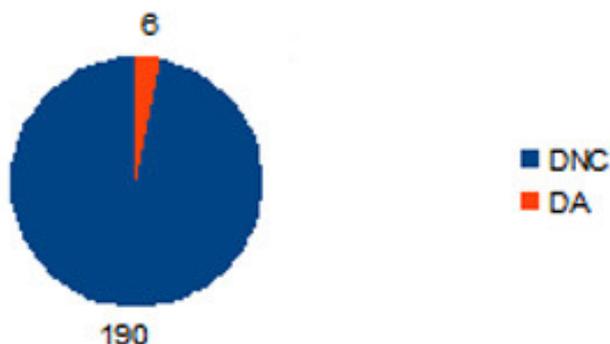
a- Périnée :

Parmi les femmes qui ont accouché à la maison (n2=196) :



- 152 femmes (77,55%) n'ont eu aucune lésion périnéale (Périnée Intact),
- 43 femmes (21,94%) ont eu une déchirure non compliquée,
- 1 femme (0,51%) a eu une épisiotomie.

b- Délivrance :



Parmi les femmes qui ont accouché à la maison (n2=196) :

- 190 femmes (97%) ont eu une Délivrance Normale et Complète (DNC)
- 6 femmes (3%) ont eu besoin d'une Délivrance Artificielle (DA)

Les femmes transférées :

Parmi les 218 (=n1) femmes qui ont débuté leur travail à la maison :

- 35 femmes (16%) ont été transférées à la maternité
- 22 (62,86 %) ont été transférées au cours du travail
- 13 (37,14 %) ont été transférées après la naissance.

a- Transferts au cours du travail :

transfert pendant le travail	22
transferts au cours du travail	
troubles du rythme cardiaque foetal	8
stagnation dilatation	7
LA teinté ou méconial	3
RPM + fièvre	2
peur d'accoucher avant l'arrivée de la sage-femme (appel SAMU)	1
Transferts au cours de l'expulsion	1

62,86 % des femmes transférées à la maternité, le sont au cours du travail, principalement pour :

- troubles du rythme cardiaque foetal (8 femmes)
- stagnation de la dilatation (7 femmes).

82 % des transferts au cours du travail concernent des primipares.

62,40 % des primipares accouchent à la maison sans nécessité de transfert.

Parmi ces 22 femmes transférées au cours du travail :

- **6 femmes ont accouché naturellement à terme :**

Causes de transfert : 3 femmes ont présenté un liquide amniotique teinté, 2 fœtus ont présenté des troubles du rythme cardiaque et on retrouve la femme qui a appelé le SAMU avant l'arrivée de la sage-femme de peur d'accoucher seule et qui a finalement accouché à la maternité)

On ne compte pas d'analgésie péridurale

Toutes les délivrances ont été dirigées et complètes.

Périnée : 2 femmes présentent un périnée intact et 4 femmes présentent une déchirure simple ou superficielle.

Aucun enfant n'a présenté de difficulté d'adaptation à la vie extra utérine (tous les Apgar à 10 – 10, pas d'hospitalisation)

- **7 femmes ont eu besoin d'une aide à l'expulsion :**

Causes de transfert : 6 femmes ont présenté une stagnation de la dilatation associés à des troubles du rythme cardiaque foetal.

On compte 1 femme ayant accouché sans analgésie, 5 femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale, 1 femme ayant bénéficié rachianesthésie.

Toutes les délivrances ont été dirigées et complètes. Une femme a nécessité une révision utérine sous anesthésie générale (malgré APD pendant le travail) pour doute sur les saignements

Périnée : 1 femme a eu une déchirure simple, et 6 ont eu une épisiotomie.

Aucun enfant n'a présenté de difficulté d'adaptation à la vie extra utérine (tous les Apgar à 10 – 10, pas d'hospitalisation)

- **9 femmes ont eu besoin d'une césarienne :**

Causes de transfert : 4 fœtus ont présenté des troubles du rythme cardiaque, 3 femmes ont présenté une stagnation de la dilatation, 2 femmes ont présentées une hyperthermie associée à une rupture de la poche des eaux.

Analgésie : On compte 7 femmes ayant bénéficié rachianesthésie et 2 femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale.

Délivrance : Toutes les délivrances ont eu lieu au cours de la césarienne et une femme a eu une hémorragie de la délivrance importante nécessitant une hystérectomie d'hémostase.

Adaptation à la vie extra utérine :

8 enfants n'ont présenté aucune difficulté d'adaptation à la vie extra utérine (tous les Apgar à 09 – 10 ou 10 – 10, pas d'hospitalisation)

Un enfant né par césarienne suite à un transfert pour liquide amniotique teinté et troubles du rythme cardiaque fœtal au cours du travail a nécessité une prise en charge néonatale : aspiration, ventilation et hospitalisation en réanimation pédiatrique pendant 24h puis en néonatalogie pendant 4 jours. Cette petite fille ne présente à ce jour (18 mois) pas de problèmes de santé.

b- Transferts après la naissance :

Transferts après la naissance	12
Appel pour aide à l'expulsion	1
Transfert au cours de la délivrance	9
saignements douteux	3
hémorragie de la délivrance	5
non décollement placentaire	2
Transfert dans le post-partum immédiat	2
bébé cyanosé – fausse route	1
imperforation anale	1
Transfert dans les jours suivant la naissance	1
infection maternelle à strepto A Post partum	1

La délivrance est la principale cause de transfert après la naissance. Le taux global de transferts liés à la délivrance (n2=196) est de 4,6 % (9 femmes).

Et 5 femmes (2,5 %) ont fait une **hémorragie de la délivrance**, et parmi ces femmes 3 ont été transfusées.

On retrouve un transfert pour aide à l'expulsion, car le SAMU a été appelé pour ce motif, mais la naissance a eu lieu à domicile avec l'aide du médecin du SAMU.

Seuls 2 nouveau-nés ont été transférés, le premier pour une fausse route ayant entraîné une cyanose importante (consultation pédiatrique pour éliminer une pathologie cardiaque ou une atrésie de l'œsophage qui n'a rien retrouvé), le deuxième pour une imperforation anale basse.

c- modes de transfert :

Sur les 35 transferts concernés, on compte :

- 21 transferts réalisés avec la voiture des parents : 60 %

- 14 transferts réalisés avec le SAMU : 40 %

Le SAMU a été appelé 14 fois en 4 ans 1/2, ce qui correspond à 6,4 % des femmes qui ont débutés leur travail à la maison (n1=218), soit en moyenne 3 appels par an.

- Les transferts en SAMU concernent essentiellement les transferts après la naissance : 10 sur 14 soit 71,5 % des transferts.
- Nous avons appelé le SAMU 2 fois pour un liquide amniotique méconial au cours de l'expulsion. Pour ces deux derniers appels, les femmes ont accouché avant l'arrivée du SAMU, les enfants ne présentant aucune difficulté d'adaptation à la vie extra-utérine, les parents ont choisi de rester à domicile.

- Mortalité maternelle et infantile

Au cours de notre étude aucune femme ni aucun enfant n'est décédé

e- Accouchement Non Accompagné (ANA)

Au cours de la période d'étude (4 ans et demi) 4 couples ont choisi un Accouchement à domicile Non Accompagné (ANA) suite à un refus d'accompagnement de notre part (antécédent de césarienne ou domicile trop éloigné de notre secteur) sans trouver de sage-femme plus proche.

7.4 Annexes

Annexe 7.4 - 1 : Matériel médical amené par les sages-femmes

Lors de la visite à domicile au début du neuvième mois.

Une boîte est amenée aux parents au cours de cette visite, qui contient :

- Matériel de perfusion : set de perfusion, 1 flacon de Ringer Lactate 500ml, 1 flacon de Sérum physiologique
- Ocytocine de synthèse : 3 ampoules de 1mL (laissée dans le frigo des parents)
- Un clamp Barr
- Doigtiers
- Sonde d'aspiration pour prélèvement de liquide gastrique
- Matériel de suture du périnée : fils à résorption rapide (0, 2/0, 3/0), seringue, aiguilles vertes, Xylocaïne non adrénalinée 1% injectable, Xylocaïne 5% en spray,
- Deux paires de gants stériles pour pratiquer une délivrance artificielle ou RU
- Une sonde jet vésicale
- Une pince pour rupture des membranes
- Un carnet de santé pour le nouveau-né, le dépliant d'information pour le test de guthrie

Matériel amené par la sage-femme le jour de la naissance :

- Appareil à TA,
- Sonicaid et Monitoring fœtal
- Matériel de réanimation nouveau-né : masque de ventilation, laryngoscope, sonde d'intubation, Stéthoscope pédiatrique
- Document de déclaration de naissance
- Pèse-bébé, mètre ruban

Annexe 7.4 - 2 : Avenant à la charte de l'AAD

Gisèle Piroit
Sage-femme
Espace Belle Étoile
38920 Crolles
06-74-17-15-09
04-76-92-41-73
gisele.piroit@free.fr

Cécile Bachelot
Sage-femme
Espace Belle Étoile
38920 Crolles
06-61-15-03-68
09-53-36-11-83
cecile-sf@bachelot.org

Avenant à la charte pour les consultations et l'accouchement à domicile

Examens obligatoires pendant la grossesse :

Évaluation état général de la mère et de l'enfant , prise de la tension artérielle
Examens complémentaires obligatoires indiqués sur la fiche n°3 du carnet de maternité

Examen selon symptomatologie pendant la grossesse ou les antécédents :

Mesure de la hauteur utérine - Palpation abdominale
Toucher vaginal - Auscultation de l'enfant in-utéro

Examens utilisables pendant le travail d'accouchement :

Évaluation état général mère- enfant
Prise tension – Prise de température – Toucher vaginal
Palpation abdominale - Auscultation du rythme cardiaque de l'enfant par intermittence avec un « sonicaïd » ou un monitoring fœtal
La sage femme utilise ces examens sur demande des parents ou selon sa propre prescription.

L'accompagnement comprend des consultations de grossesse, en alternance, avec Gisèle Piroit et Cécile Bachelot, 1 visite à domicile avec chacune avant l'accouchement et le suivi à domicile des suites de couches.

La veille du jour du terme théorique, les parents s'engagent à contacter la sage femme d'astreinte pour prendre rendez vous pour une consultation.

Pour **les tarifs** : vous acceptez en signant cet avenant un dépassement d'exigence de :
7.5 20,00 € à 80,00 € pour les visites à domicile (selon la durée de la visite et la distance cabinet-domicile).
7.6 300,00 € à 600,00 € pour un accompagnement à domicile comprenant 150€ pour chacune des trois sages-femmes pour l'astreinte pour un accompagnement en début de travail ou pour un accouchement à domicile y compris en cas de transfert en maternité avant ou pendant le travail.

Nous vous rappelons que les sages-femmes libérales n'ont pas la possibilité en France de s'assurer en Responsabilité Civile Professionnelle pour l'accompagnement des naissances à domicile.

Dans le cas où l'équipe parents/sage femme ferait le choix pour quelques raisons que ce soit **d'interrompre pendant l'accouchement la possibilité d'une naissance à domicile**, les parents s'engagent à se rendre vers la maternité choisie ou le centre hospitalier le plus proche de leur domicile. Si les parents refusent de rejoindre un centre médicalisé, la sage femme contactera le SAMU.

Nom des parents :

À :

Le

Signature des 2 parents de l'enfant :

En ce qui concerne **les examens non obligatoires à proposer par la sage femme** (cf. fiche N°3 du carnet de maternité) et **dont le choix de la réalisation reste sous la responsabilité des parents** :

- Après avoir été informés par les moyens disponibles (consultation sage femme, internet, association « parents et diagnostic prénatal » - la grange du château – 8, rue du château – 38 320 Eybens 04 76 49 50 14...), nous avons reçu l'ordonnance pour réaliser le **dépistage de la trisomie 21** entre 14 et 18 SA.

À : **Le** **Signature des 2 parents:**
Résultat : NEGATIF Choix des parents de ne pas réaliser le dépistage POSITIF

-
- Après avoir été informés lors de la consultation sage-femme, et si votre frottis date de 3 ans ou plus, la sage-femme vous proposera de réaliser un frottis cervico-vaginal.

À : **Le** **Signature des 2 parents:**
Résultat : NEGATIF Choix des parents de ne pas réaliser le dépistage POSITIF

-
- Après avoir été informés par les moyens disponibles (consultation sage femme, internet...), nous avons reçu l'ordonnance pour réaliser la prise de sang de diagnostique du virus **HIV**.

À : **Le** **Signature des 2 parents:**
Résultat : NEGATIF Choix des parents de ne pas réaliser le dépistage POSITIF

-
- Après avoir été informés par les moyens disponibles (consultation sage femme, document du laboratoire LFB, notice du ROPHYLLAC ...), nous avons reçu l'ordonnance pour l'injection de gamma-globuline anti D, prévention contre une **allo immunisation rhésus** à faire au début du septième mois.

À : **Le** **Signature des 2 parents:**
Injection Faite Choix des parents de ne pas réaliser l'injection

-
- Après avoir été informés par les moyens disponibles (consultation sage femme, internet : étude de l'ANAES de 2001 et 2002, article de vocation sage-femme n°64 juillet-août 2008...), nous avons reçu l'ordonnance pour réaliser le **prélèvement vaginal** de dépistage du streptocoque B, à réaliser 3 à 4 semaines avant la date fixée pour le terme de la grossesse (2 à 4 jours de délai pour obtenir le résultat).

À : **Le** **Signature des 2 parents:**
Résultat : NEGATIF Choix des parents de ne pas réaliser le dépistage POSITIF

-
- Avoir été informés et avoir reçu la brochure d'information pour réaliser le **dépistage néonatal** à la recherche des maladies phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, mucoviscidose, et la drépanocytose pour certains enfants, à réaliser après 3 jours et dans la semaine suivant la naissance de votre enfant.

À : **Le** **Signature des 2 parents:**

Choix des parents de : Réaliser le dépistage Ne pas réaliser le dépistage

8 Les différents obstacles en France

8.1 *Problème d'assurance en Responsabilité Civile et Professionnelle*

Depuis 2002 tout professionnel libéral se voit dans l'**obligation de souscrire une assurance en Responsabilité Civile Professionnelle** (RCP) pour l'ensemble de son activité comme le demande la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et l'article L.1142-2 du code de la santé publique.

Les sages-femmes pratiquant les AAD se sont retrouvées dans l'impossibilité de souscrire une assurance en RCP, puisque à cette occasion la majorité des assureurs ont choisi de se désengager des « risques » liés au médical en général.

Après une action menée en 2009 par les sages-femmes adhérentes à l'ANSFL auprès du Bureau Central de Tarification (BCT), des tarifs prohibitifs (25 000 € par an) nous ont été proposés. Courant 2012 ces propositions se sont élevées à 30 000 € l'année. Ces propositions de contrat assimilent notre activité à celle des gynécologues-obstétriciens, sans prendre en compte la spécificité des sages-femmes qui est qu'elles accompagnent uniquement des grossesses à bas risque.

<http://ciane.net/blog/2013/01/argumentaireassurance/>

Cette somme est hors de proportion, d'une part avec les revenus des sages-femmes libérales (revenu moyen annuel des sages-femmes libérales est en 2009 de 26143€), d'autre part avec la cotation d'un accouchement à domicile par l'assurance maternité soit 313,60€. Cela signifie qu'il faudrait effectuer 100 accouchements par an rien que pour acquitter le montant de la RCP. Hors la qualité de cette prise en charge est basée sur la notion d'accompagnement global de la naissance. Au vue du temps moyen nécessaire pour un accompagnement de ce type, les professionnels s'accordent à dire qu'il est souhaitable pour chaque sage-femme en assurant la sécurité de suivre une cinquantaine de femmes par an.

Parallèlement de nombreuses démarches ont été entreprises depuis 10 ans par l'ANSFL, les syndicats de sages-femmes, et le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF) auprès des instances gouvernementales et des compagnies d'assurance étrangères pour régler ce problème. Ces démarches se sont révélées vaines jusqu'à ce jour.

Par conséquent, *et contrairement* à l'obligation légale, à ce jour, les sages-femmes françaises pratiquant les AAD ne sont pas assurées en RCP. Il s'agit d'un « risque » partagé dont sont informés parents et professionnels concernés.

En mai 2013, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, alerté par la Cours des Comptes, a décidé de saisir l'Ordre des sages-femmes, sur les risques encourus du fait d'un défaut de souscription d'assurance RCP par les sages-femmes pratiquants les accouchements à domicile programmés (Annexe 8-2). Courant septembre 2013 un courrier du CNOSF (Annexe 8-3) parvient aux sage-femmes libérales via les conseils départementaux, et rappelle que : « *Le manquement à cette obligation d'assurance est passible de sanctions disciplinaires prononcées par les instances ordinales compétentes. Il peut aussi faire l'objet de sanctions pénales pouvant aller jusqu'à 45 000^e d'amende et une interdiction d'exercice.* » (article L.1142-2 du code de la santé publique).

Après s'être réunies nombreuses, lors du 5ème colloque d'histoire de la naissance qui s'intitulait « Naître à la maison d'hier à aujourd'hui », les 21 et 22 septembre 2013, les sages-femmes françaises qui accompagnent les naissance à domicile ont majoritairement décidé de continuer leur activité, malgré les menaces, tout en continuant à explorer toutes les voies possibles pour leur permettre de contracter un contrat d'assurance en RCP.

8.2 Difficultés de prises en charge par la sécurité sociale

L'AAD facteur d'économie pour la sécurité sociale.

- Coût d'un AAD :

Le forfait d'accouchement SF112 (313,60) englobe l'astreinte, la surveillance du travail, l'accouchement, la surveillance du post-partum immédiat et les visites de suites de couches jusqu'au septième jour après la naissance.

- Coût d'un accouchement à l'hôpital :

- Forfait d'hospitalisation complète : 1380,42 €
- Forfait journalier : 18,00€ par jour soit $18,00 \times 3 = 54,00$ €
- Au total un accouchement à l'hôpital coulera à la sécurité sociale 1434,42 €

Ce coût prend en compte l'accouchement quelque soit les actes associés (péridurale, épisiotomie, forceps, ventouse, césarienne). Ce calcul ne prend nullement en compte le salaire du personnel intervenant auprès des couples et de leurs enfants.

La prise en charge d'un AAD permet une économie d'environ 1000 € par accouchement.

Il y a environ de 850 000 naissances chaque année en France. Si on estime que l'accouchement à domicile pourrait concerné 2 % de la population (estimation du rapport de la Cour des Comptes 2011), 17 000 naissances pourraient avoir lieu à domicile soit **une économie d'au moins 17 Millions d'euros par an, sans nécessité de former des professionnels de santé supplémentaires ou de créer de nouvelles structures**. Pour cela il faut un cadre de travail respectueux pour les sages-femmes et les médecins exerçants en libéral dans le cadre d'une pratique de l'accouchement à domicile.

Une rémunération insuffisante pour les sages-femmes et un coût supplémentaire pour les parents.

Revenu pour un accompagnement : La rémunération nette pour un accouchement et les visites de suite de couches une fois soustrait les frais kilométriques, et les charges, est de 150 €.

Temps de travail : Nous restons en moyenne 6-7h chez une femme lors de l'accouchement, et 1h par visite de suites de couches pour la mère et l'enfant, + 1h30 par aller/retour sur la route soit 16h00 de travail.

- Nous sommes donc payées tel que le forfait accouchement est proposé actuellement : **10 € net de l'heure** en moyenne.
- Ce salaire prend en compte nos 5 ans d'études, le fait d'être d'astreinte jour et nuit dès 4 semaines avant le jour prévu de l'accouchement, de se déplacer le jour comme la nuit, la semaine comme le week-end, la responsabilité inhérente à la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement, les heures et les jours suivants, la logistique d'une activité libérale ...
- Il nous est alors nécessaire de faire un **dépassement d'exigence** variant de 150,00 € à 600,00 € en fonction du temps passé à l'accouchement (parfois 24h) et du lieu d'habitation des parents (parfois 150 km aller/retour)
- Les couples restent dans l'incompréhension de voir qu'ils coûtent moins cher à la collectivité en accouchant à domicile, mais que ça leur coûte plus cher à eux.

Cette situation nous semble inacceptable et va à l'encontre de « l'accès aux soins pour tous » que nous défendons, aussi nous proposons que soit rapidement mis en place:

- **L'éclatement du forfait d'accouchement** : permettant aux sages-femmes de facturer les visites de suites de couches de la même façon que pour les femmes sortant de la maternité,

comme les sages-femmes pratiquant dans le cadre du plateau technique soit : 2 visites à 44,80€ (SF16), puis des visites à 33,60€ (SF12) pour les visites de la première semaine qui suit la naissance.

- L'éclatement du forfait hospitalier **nous permettrait de gagner 11,62 € net de l'heure.**
- **La reconnaissance de notre spécialité** de façon à ce que nous puissions compter l'intégralité des kilomètres de notre cabinet au domicile de la femme (sauf si une autre sage-femme pratiquant les AAD exerce plus près de la patiente).

Cependant **une cotation des actes appropriées à l'exercice spécifique des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global** sera nécessaire pour la mise en place des maisons de naissance. Cette réflexion pourrait s'initier autour des sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile.

8.3 L'importance du travail en réseau

En 2007, lors de la conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réunissant une soixantaine de participants, l'OMS formule 21 recommandations principales. La cinquième recommandation rappelle que :

« Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses. »

L'un des **objectifs de ce dossier** sur l'AAD est de permettre à chacun d'avoir une meilleure connaissance de cette pratique, et d'avoir accès à une base de données pour une réflexion sur le sujet.

Dans la logique des recommandations de l'OMS, des rencontres régulières entre les différents acteurs (sages-femmes libérales, hospitalières, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, équipe du SAMU, pompiers ...) seraient souhaitables pour analyser ensemble les situations de transfert vers la maternité. Ces rencontres permettraient **d'améliorer la prise en charge médicale** de la mère et de l'enfant en cas d'urgence et de faciliter les relations de **confiance** entre professionnels.

De ces rencontres pourraient émerger la mise en place d'une évaluation à de notre pratique plus complète.

8.4 Difficulté d'accès à l'information :

Certains de nos voisins européens ont su intégrer l'offre d'accouchement à domicile dans leur système de soin. Ainsi en Angleterre, aux Pays-Bas, en Allemagne par exemple, lorsqu'une femme déclare sa grossesse, les pouvoirs publics l'informe des diverses possibilités de prise en charge de sa grossesse et de son accouchement. Elle peut donc faire suivre sa grossesse par une sage-femme, un médecin généraliste ou un médecin gynécologue. Elle peut choisir un suivi global avec une sage-femme et accoucher soit en plateau technique, soit en maison de naissance soit à domicile. Et tout cela lui est notifié par écrit.

En France, les couples ne sont pas informés par les pouvoirs publics de la possibilité de bénéficier d'un suivi global avec une sage-femme et d'accoucher soit en plateau technique, soit à domicile (les maisons de naissance n'existant pas). Présenter l'AAD comme une pratique dangereuse pour la mère et l'enfant est même un élément de désinformation courant.

L'AAD pourrait devenir une offre de soin faisant partie intégrante du système de naissance en France. Ce serait une source de satisfaction pour de nombreux parents et de nombreuses sages-femmes, et une source d'économie pour notre système de soin sans remettre en cause la nécessaire sécurité des femmes et de leurs enfants.

8.5 Annexes

Annexe 8.5-1 Lettre du Ministère de la Santé



Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
 du système de santé

Bureau de l'exercice, de la déontologie
 et du développement professionnel continu

Sophie FIGUEROA
 Chargée de mission
 sophie.figueroa@sante.gouv.fr

Paris, le 27 MAI 2013

Objet : Pratique illégale des accouchements à domicile programmés par les sages-femmes sans couverture assurantielle

Madame la Présidente,

Je souhaite porter votre attention sur la réalisation de plus en plus répandue d'accouchements à domicile programmés par des sages-femmes sans couverture assurantielle.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile professionnelle. A défaut, l'Ordre est compétent pour prononcer des sanctions disciplinaires à leur encontre.

La Cour des comptes a, dans son rapport annuel 2011 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, appelé l'attention de l'Etat sur son obligation de faire respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile sans couverture assurantielle.

Dans ces conditions, il est essentiel de faire respecter l'obligation d'assurance garantissant la responsabilité civile des sages-femmes exerçant à titre libéral.

Cette démarche pourrait être mise en œuvre par les conseils départementaux sous la forme d'un rappel général auprès des sages-femmes déjà inscrites afin de solliciter la transmission d'une telle attestation, des actions de sensibilisation ciblées sur les contrevenants présumés pourraient être envisagées par la suite. S'agissant des nouveaux inscrits, des initiatives pourraient également être engagées sous votre égide.

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire et vous remercie de me tenir informé des actions qui pourront être conduites par votre instance ordinale.

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, en l'assurance de ma considération

Mme Josée KELLER
Présidente du Conseil national
de l'ordre des sages-femmes
168 rue de Grenelle
75007 Paris

Le sous-directeur des ressources humaines
du système de santé

Annexe 8.5-2 Lettre d'une présidence de conseil de l'ordre départemental

CONSEIL DE L'ORDRE
DES SAGES-FEMMES

Le 07 Août 2013

La présidente du conseil départemental de
l'Ordre des sages-femmes de ..

a

Madame
Sage-femme libérale

Objet assurance RCP

Nos ref. ..

Chère Madame,

Les professionnels de santé libéraux sont tenus, en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique, de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile professionnelle du fait des éventuels préjudices occasionnés par les actes et soins dispensés dans le cadre de leur activité libérale.

L'assurance souscrite doit couvrir l'ensemble des actes dispensés dans le cadre de leur exercice libéral.

Le manquement à cette obligation d'assurance est passible de sanctions disciplinaires prononcées par les instances ordinales compétentes. Il peut aussi faire l'objet de sanctions pénales pouvant aller jusqu'à 45.000 € d'amende et une interdiction d'exercice (article L.1142-25 du code de la santé publique).

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé, alerté par la Cour des comptes, a décidé de saisir l'Ordre des sages-femmes sur les risques encourus du fait d'un défaut de souscription d'assurance RCP par les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements à domicile programmés.

Par conséquent, dans l'hypothèse où vous seriez amenée à pratiquer des accouchements à domicile programmés, je vous saurais gré de bien vouloir nous communiquer une copie de l'attestation de votre assurance RCP actuellement en vigueur sur laquelle devront être précisés les actes de soins inclus ou exclus des garanties prévues dans votre contrat d'assurance.

A défaut, soucieux de trouver une solution aux éventuelles difficultés que vous rencontrez, nous vous serions reconnaissants de nous préciser les raisons pour lesquelles vous n'avez pas eu la possibilité de souscrire un contrat d'assurance destiné à vous garantir pour l'ensemble des actes dispensés dans le cadre de votre exercice libéral.

Nous comptons sur votre diligence pour nous adresser, à l'adresse postale mentionnée sur la présente, les documents et informations ainsi demandés au plus tard le 1er octobre prochain.

Dans l'attente de vous lire et restant à votre disposition pour toutes informations complémentaires,

Veuillez agréer, Chère Madame, l'assurance de mes salutations distinguées.

(Signé la Présidente)

9 CONCLUSION

La revue de la littérature nous a permis d'affirmer que des femmes à bas risque obstétrical peuvent accoucher à domicile en toute sécurité en France de nos jours. Cette pratique est intéressante tant en terme de santé publique qu'en terme de vécu des couples et des professionnels accompagnant ces naissances.

Cependant la liberté pour les parents de choisir l'accompagnement de la naissance de leur enfant ne peut s'exercer que si ces droits sont respectés :

- le droit des femmes de disposer de leur propre corps,
- le droit des parents de choisir le lieu de naissance de leur enfant,
- le droit des parents de choisir un professionnel de santé,
- le droit des sages-femmes d'exercer leur métier dans sa globalité.

Nous souhaitons en nous appuyant sur ce travail, rencontrer les différents professionnels de santé des maternités avec lesquelles nous sommes amenées à travailler, les équipes du SAMU, les pompiers, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le conseil de l'ordre des sages-femmes, les sages-femmes, les médecins libéraux, l'école de sage-femme, les Agence Régionale de la Santé ... mais également les femmes et les hommes politiques, les assureurs, les journalistes, les citoyens de ce pays...