



# Liste de critères FSSF pour l'accouchement à domicile

## Préambule

L'accouchement à domicile permet une expérience de naissance personnelle et autodéterminée dans un environnement familial. Les interventions médicales et les perturbations du déroulement physiologique de l'accouchement sont évitées autant que possible, ce qui peut renforcer durablement la santé psychique et physique de la personne qui accouche. Des études montrent que, sous réserve d'une sélection rigoureuse des femmes enceintes et d'un accompagnement professionnel par des sages-femmes, l'accouchement à domicile peut constituer une alternative sûre à l'accouchement en milieu hospitalier.

Jusqu'à présent, la Suisse ne disposait pas de recommandations nationales concernant les critères d'inclusion et d'exclusion en matière d'accouchement à domicile. Afin de combler cette lacune, le comité central de la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) a mandaté en 2024 le Conseil qualité innovation FSSF pour l'élaboration d'une liste nationale de critères d'exclusion. L'objectif était de développer une liste de critères fondée sur des preuves scientifiques et soutenue par un large consensus pour l'accouchement à domicile en Suisse.

La base scientifique de ce travail repose sur l'examen de la littérature récente et une évaluation des données probantes, visant à analyser l'impact de certains facteurs de risque sur la mortalité, la morbidité, la sécurité maternelle et néonatale, ainsi que les effets à long terme sur la santé. Dans le cadre d'un processus modéré d'après la méthode Delphi, impliquant des expert·e·s en accouchement à domicile, les critères fondés sur les preuves scientifiques ont été discutés et classés selon différents niveaux de risque. Aucun des critères fondés scientifiquement n'a pu être écarté.

La liste finale, incluant les critères basés sur les preuves scientifiques ainsi que les recommandations précisées lors des ateliers, a ensuite été adoptée par un vote des membres de la FSSF. Cette démarche structurée garantit que les critères développés sont scientifiquement fondés, pertinents pour la pratique et largement acceptés dans le contexte de l'accouchement à domicile en Suisse.

## Liste de critères

Les critères d'accouchement à domicile suivants sont destinés à être utilisés dans le cadre d'une évaluation<sup>1</sup> du lieu d'accouchement pour accompagner les femmes et les familles qui envisagent la naissance de leur enfant à domicile.

Les tableaux 1 et 2 énumèrent les pathologies et autres facteurs présentant un risque accru pour la femme ou l'enfant lors de l'accouchement ou du post-partum immédiat, et en présence desquels un suivi en milieu hospitalier est censé réduire ce risque.

Les tableaux 3 et 4 énumèrent des facteurs qui ne sont pas des raisons en soi de recommander l'accouchement en milieu hospitalier, mais qui indiquent que des évaluations supplémentaires sont nécessaires lors de la planification du lieu de naissance.

---

<sup>1</sup> Modèles recommandés de prise de décision – page 8



Tableau 1: Pathologies indiquant un risque accru et suggérant la planification d'un accouchement en milieu hospitalier

Type	Pathologies
Cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble hypertensif - Hypertension essentielle ou gestationnelle [1,5]</li> </ul>
Hématologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anémie - Hémoglobine inférieure à 85 g/litre au début du travail [2]</li> <li>• Purpura thrombocytopénique immunitaire ou autre trouble plaquettaire ou numération plaquettaire inférieure à <math>100 \times 10^9</math>/litre [2]</li> <li>• Maladie de von Willebrand [2]</li> </ul>
Endocrinologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète sous insuline [1,2,3,5]</li> </ul>
Infectieuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatite B ou C - Avec tests hépatiques pathologiques [2]</li> <li>• Tuberculose sous traitement [1,2]</li> </ul>
Gastrointestinale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie hépatique avec tests hépatiques actuellement pathologiques [2]</li> </ul>
Psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble mental sévère nécessitant plusieurs médicaments psychotropes<sup>2</sup> [4]</li> <li>• Trouble psychiatrique nécessitant actuellement des soins hospitaliers [2]</li> </ul>

Tableau 2: Autres facteurs indiquant un risque accru et suggérant la planification d'un accouchement en milieu hospitalier

Facteurs	Précisions
Antécédent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédent de rupture utérine [2]</li> </ul>
Grossesse actuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décollement placentaire [1,2]</li> <li>• Pré-éclampsie [1,2]</li> <li>• Travail de l'accouchement prématuré (travail actif avant 37+0 semaines d'aménorrhée) [1,2,5,7]</li> <li>• Grossesse multiple [1,2,5,7]</li> <li>• Siège ou présentation transverse [1,2,6,7]</li> <li>• Oligohydramnios avec facteurs de risque supplémentaires [1]</li> <li>• Placenta prævia [1,2]</li> <li>• Dépendance à l'alcool nécessitant une évaluation ou un traitement [1,2]</li> <li>• Infection intra-utérine [5]</li> </ul>

<sup>2</sup> Dans tous les cas, la sage-femme doit évaluer tous les médicaments utilisés par la patiente.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard de croissance intra-utérin (RCIU) - Inférieur au 5<sup>e</sup> percentile [1,2,6]<sup>3</sup></li> <li>• Anomalie fœtale - Preuve d'anomalies congénitales nécessitant une évaluation immédiate à la naissance et/ou une prise en charge par un néonatalogue [1,2,5]</li> <li>• Induction pharmacologique du travail [1,2]</li> <li>• Iso-immunisation Rh [1]</li> </ul>
--	--

Tableau 3: Conditions médicales indiquant qu'une évaluation individuelle est nécessaire lors de la planification du lieu de naissance

Type	Conditions	Recommandation d'évaluation
Cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopathie confirmée [2,5,8,9]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Hématologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents de troubles thromboemboliques [2]</li> <li>• Hémoglobinopathies, telles que la drépanocytose [2]</li> <li>• Trait drépanocytaire [2,5]</li> <li>• Trait thalassémique [2]</li> <li>• Anticorps atypiques n'entraînant pas de risque de maladie hémolytique [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticorps atypiques avec risque de maladie hémolytique du nouveau-né [2]</li> <li>• Trouble de la coagulation chez la femme ou le fœtus [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste (pédiatre)
Endocrinologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperthyroïdie [2,8]</li> <li>• Hyperthyroïdie instable nécessitant un changement de traitement [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutilation génitale féminine [8]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec une sage-femme ayant de l'expérience en accouchement à domicile ou avec un cercle de qualité
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibromes (ou myome utérin) [2]</li> <li>• Biopsie conique ou large excision de la zone de transformation [8]</li> <li>• Myomectomie [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un-e gynécologue-obstétricien-ne

<sup>3</sup> Les recommandations de la *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGGG & dghwi)* (2020) mentionnent le RCIU comme un risque mais ne stipulent aucun seuil limite en percentile. Dans les recommandations du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* (2023), le seuil limite est le 3<sup>e</sup> percentile.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hystérotomie autre que les césariennes [2]</li> </ul>	
Infection durant cette grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herpès génital (infection initiale ou récurrence) [1,2]</li> </ul>	Evaluation par la sage-femme
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porteuse du VIH ou infectée par le VIH [1,2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varicelle/zona [2]</li> <li>• Rubéole [2]</li> <li>• Syphilis [1]</li> <li>• Toxoplasmose - femmes sous traitement [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un-e gynécologue-obstétricien-ne et un-e pédiatre
Immunologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble non spécifique du tissu conjonctif [2]</li> <li>• Sclérodermie [2]</li> <li>• Lupus érythémateux systémique [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Squelettique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalies de la colonne vertébrale maternelle [2]</li> <li>• Antécédent de fracture pelvienne [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Gastrointestinale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Crohn [2]</li> <li>• Maladie hépatique avec tests hépatiques actuellement dans les normes [2]</li> <li>• Hépatite B ou C - Avec tests hépatiques normaux [2]</li> <li>• Rectocolite hémorragique [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibrose kystique [2]</li> <li>• Asthme nécessitant une augmentation du traitement ou un traitement hospitalier [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Neurologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Épilepsie [2]</li> <li>• Myasthénie grave [2]</li> <li>• Déficits neurologiques [2]</li> <li>• Antécédent d'accident vasculaire cérébral [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Rénale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonction rénale anormale [2]</li> <li>• Maladie rénale nécessitant une surveillance par un néphrologue [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins psychiatriques ambulatoires actuels [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste



Tableau 4: Autres facteurs indiquant la nécessité d'une évaluation individuelle

Facteurs	Précisions	Recommandation d'évaluation
<b>Antécédent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mort in utero ou décès néonatal avec une cause connue, non récurrente [2]</li> <li>Césarienne [1,2,7]</li> <li>Macrosomie - Antécédents de nouveau-né &gt;4500g [2]</li> <li>Nouveau-né avec jaunisse nécessitant une exsanguinotransfusion [2]</li> </ul>	Evaluation par la sage-femme
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Décollement placentaire - Avec issue favorable [2]</li> <li>Pré-éclampsie se développant à terme [2]</li> <li>Hémorragie primaire du post-partum nécessitant des interventions supplémentaires [1,2]</li> <li>Rétention placentaire nécessitant une délivrance artificielle en salle d'opération [2]</li> <li>Dystocie des épaules [1,2]</li> <li>Mort in utero ou décès néonatal inexpliqué, ou décès précédent lié à une complication intrapartum [1,2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec une sage-femme ayant de l'expérience en accouchement à domicile ou avec un cercle de qualité
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traumatisme vaginal, cervical ou périnéal de 4<sup>e</sup> degré [2]<sup>4</sup></li> <li>Décollement placentaire - Avec issue défavorable [2]</li> <li>Eclampsie [2]</li> <li>Pré-éclampsie ou syndrome HELLP nécessitant une naissance prématurée [2,5]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un·e gynécologue-obstétricien·ne
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nouveau-né avec encéphalopathie [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste
<b>Grossesse actuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Age maternel de plus de 40 ans lors de l'admission [2]</li> <li>Test positif au streptocoque du groupe B où des antibiotiques intraveineux intrapartum sont recommandés [2]</li> </ul>	Evaluation par la sage-femme

<sup>4</sup> Les recommandations du NICE (2023) incluent les déchirures périnéales du 3<sup>e</sup> degré.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anémie - Hb entre 85 et 105 g/litre au début du travail [2]</li> <li>Saignement antepartum d'origine inconnue (épisode isolé après 24 semaines d'aménorrhée) [2]</li> <li>Grande multiparité - parité de 5 ou plus [2,8]<sup>5</sup></li> <li>Suspicion clinique ou échographique de macrosomie [2,3]</li> <li>Terme dépassé supérieur à 41+6 semaines d'aménorrhée [1,7,8]</li> <li>Suspicion de SGA (faible poids pour l'âge gestationnel) - inférieur au 3<sup>e</sup> percentile [2,5,6]<sup>6</sup></li> <li>Usage de substances psychoactives - Consommation de drogues récréatives<sup>7</sup> [2]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec une sage-femme ayant de l'expérience en accouchement à domicile ou avec un cercle de qualité
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> [2]</li> <li>Hémorragie antepartum récurrente [2]</li> <li>A deux reprises ou plus, pression artérielle systolique ≥140 mmHG ou diastolique ≥90 mmHG [2]</li> <li>Mort in-utero [2]</li> <li>Retard de croissance intra-utérin - supérieur au 5<sup>e</sup> percentile [1,6]<sup>8</sup></li> <li>Diagnostic échographique d'oligoamnios ou de polyhydramnios [1,2,6]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un-e gynécologue-obstétricien-ne
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fréquence cardiaque fœtale anormale [2,5]</li> <li>Anomalie fœtale [2,5]</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un-e gynécologue-obstétricien-ne et un-e pédiatre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toxicomanie<sup>9</sup> pendant la grossesse [1,2,5]</li> <li>Conditions médicales ayant nécessité une supervision</li> </ul>	Evaluation en collaboration avec un médecin spécialiste

<sup>5</sup> Les recommandations du NICE (2023) définissent la grande multiparité comme une parité de 4 ou plus.

<sup>6</sup> Les recommandations de la DGGG & dgHWI (2020) mentionnent un foetus petit pour l'âge gestationnel comme un risque mais ne stipulent aucun seuil limite en percentile.

<sup>7</sup> Le terme «consommation récréative de drogues» désigne tout type de consommation de substances psychoactives légales ou illégales qui a lieu occasionnellement ou régulièrement dans un but récréatif. Le terme est donc utilisé par opposition à la toxicomanie qui est une consommation dépendante.

<sup>8</sup> Les recommandations de la DGGG & dgHWI (2020) mentionnent le RCIU comme un risque mais ne stipulent aucun seuil limite en percentile.

<sup>9</sup> La toxicomanie, également connue sous le terme d'abus de substance, est une utilisation systématique et excessive d'une ou plusieurs substances psychoactives, dans laquelle l'utilisateur-rice consomme la substance en quantités ou avec des méthodes qui sont nocives pour lui/elle-même ou pour autrui et qui entraîne une forme de dépendance.



	médicale aiguë pendant la grossesse [1]	
--	---	--

### Références

1. American College of Nurse-Midwives. *Midwifery Provision of Home Birth Services*. 2016. <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12431>
2. National Institute for Health and Care Excellence. *Intrapartum care*. 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Pregestational Diabetes Mellitus*. 2018. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002960>
4. British Columbia Reproductive Mental Health Program, Perinatal Services BC. *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*. 2014. <http://www.bcwomens.ca/Professional-Resources-site/Documents/Best%20Practice%20Guidelines%20for%20Mental%20Health%20Disorders%20in%20the%20Perinatal%20Period%20%282014%29.pdf>
5. Gynécologie Suisse, Akademie für fetomaternale Medizin, Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, Swiss Society for Anaesthesiology and Perioperative Medicine, Schweizerischer Hebammenverband, et al. *Neonatale Erstversorgung - Interdisziplinäre Empfehlungen zur Verlegung und Betreuung*. 2022. [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2022/09/Neo-Versorg\\_stand\\_23\\_2\\_2022.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2022/09/Neo-Versorg_stand_23_2_2022.pdf)
6. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. *Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der DGGG und dghwi*. 2020. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Planned Home Birth*. 2017. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth>
8. Health Service Executive. *Midwifery Practice Guidelines HSE Home Birth Service*. 2020. <https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/hb004-midwifery-practice-guidelines-hse-home-birth-service-2018.pdf>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Pregnancy and heart disease*. 2019. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003243>



## Bases juridiques

**En Suisse, l'ordonnance relative aux compétences professionnelles spécifiques aux professions de la santé définit les compétences sages-femmes. Au sujet des accouchements à domicile, on peut spécifier les compétences suivantes:**

1. Prendre en charge, conseiller et surveiller la femme enceinte pendant l'accouchement.
2. Encourager et accompagner un accouchement physiologique.
3. S'occuper de la mère et de l'enfant dans la période postnatale immédiate.
4. Identifier les complications chez la mère ou l'enfant et demander une assistance médicale si nécessaire.
5. Effectuer les mesures d'urgence nécessaires jusqu'à l'arrivée d'une aide médicale.
6. Offrir des conseils et un soutien en matière d'allaitement dans le cadre du domicile.
7. Mettre en œuvre des mesures préventives pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant dans l'environnement domestique.

Pour exercer ces activités en toute autonomie lors des accouchements à domicile, la sage-femme doit être titulaire d'une autorisation cantonale d'exercer et répondre à toutes les exigences réglementaires en matière de qualité et de formation continue.

(art. 5 Ordonnance relative aux compétences LPSan, OCPSan) du 1<sup>er</sup> février 2020 (état au 1<sup>er</sup> juillet 2024)

## Prise de décision

### Modèle du Consentement éclairé

La personne enceinte reçoit des informations complètes sur toutes les options, y compris leurs risques et avantages. Elle prend ses décisions de manière autonome, sans que le-la professionnel-le de santé ne donne une recommandation spécifique. Ce modèle met l'accent sur l'autonomie et encourage l'implication active de la personne dans le processus de l'accouchement.

### Modèle de prise de décision partagée

Dans ce modèle, la personne enceinte et le-la professionnel-le de santé collaborent étroitement pour prendre des décisions. Le-la professionnel-le partage ses connaissances et ses recommandations, tandis que les préférences et les souhaits de la personne sont au cœur du processus. Un équilibre est recherché entre l'expertise médicale et l'autonomie individuelle.

Résumé abrégé de:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft et al. Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der DGGG und dghwi. 2020.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>

## Clarification juridique FSSF

En Suisse, les droits des patientes en travail, notamment le droit à l'autonomie, sont protégés par la Constitution (art. 10 al. 2 Cst.). Chaque personne enceinte a le droit de décider librement du lieu et du



mode de son accouchement, y compris la possibilité d'un accouchement à domicile avec le soutien d'une sage-femme. Toutefois, ce droit à un accouchement autodéterminé est soumis à certaines restrictions: il n'existe en principe aucun droit à une prestation de santé spécifique fournie par un-e professionnel-le particulier-ère. De plus, l'autonomie de la femme enceinte est soumise aux obligations d'information et de diligence de la sage-femme, régies par le droit professionnel. Ce droit professionnel vise à protéger la sécurité des femmes enceintes ainsi qu'à préserver l'intégrité professionnelle de la sage-femme. Conformément au droit professionnel, les sages-femmes sont tenues de respecter leurs obligations d'information et de diligence, qui incluent également une documentation complète. L'obligation de documentation garantit que la prise en charge est traçable et vérifiable et permet un suivi adéquat ainsi qu'une communication efficace entre les professionnel-le-s de santé (art. 16 LPSan; lois cantonales sur la santé ; art. 398 CO ; art. 12 CP [commission d'infractions par négligence]). Une des missions essentielles des sages-femmes est d'informer de manière exhaustive les femmes enceintes sur les risques et les alternatives. En outre, l'obligation de diligence impose aux sages-femmes d'exercer leur activité selon des normes scientifiques reconnues et en conformité avec les recommandations existantes. Des critères scientifiques fondés sur des preuves sont essentiels pour garantir la qualité et la sécurité des soins (art. 58a al. 1 – 7 LAMal).

Si une sage-femme prend en charge une femme enceinte en contradiction avec les recommandations existantes, cela peut entraîner des conséquences en matière de droit professionnel, de droit contractuel ainsi que de droit pénal. Le consentement de la femme enceinte à s'écarter des recommandations ne dispense pas la sage-femme de son obligation de diligence (cf. ATF 133 III 121: responsabilité des professionnels de santé en cas de violation des obligations d'information et de diligence).

Clarification juridique par Me Christine Boldi, Swisslegal, conseillère juridique de la FSSF, 02/2025

#### Liste des abréviations

ATF Arrêt du Tribunal fédéral  
Cst. Constitution fédérale de la Confédération suisse (RS 101)  
LPSan Loi fédérale sur les professions de la santé (RS 811.21)  
LAMal Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10)  
CO Code des obligations suisse (RS 220)  
CP Code pénal suisse (RS 311)

La version de base est la liste de critères en anglais, version D: 1.0; état au: 15.05.2025, valable jusqu'au: 15.05.2030.