

L'accouchement à domicile

Home births

K. Welfens, C. Kirkpatrick, C. Daelemans et S. Derisbourg

Service d'Obstétrique, Hôpital Erasme

RESUME

En Belgique, peu de femmes choisissent d'accoucher en dehors d'une salle d'accouchement. En Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas, celles-ci sont plus nombreuses. Plusieurs études dans ces pays se sont penchées sur les issues obstétricales et néonatales des accouchements à domicile par rapport aux accouchements à l'hôpital. Nous avons effectué une revue de cette littérature. La méthodologie utilisée a consisté en l'inclusion d'études récentes et larges comparant les issues maternelles et néonatales des accouchements à domicile et des accouchements à l'hôpital.

Nous nous sommes intéressés aux accouchements à domicile avec les questions suivantes : Y a-t-il une différence dans les issues maternelles et néonatales selon le lieu de naissance prévu ? La parité joue-t-elle un rôle ? Quel est le profil des femmes désireuses d'accoucher à domicile ? Nous concluons que les accouchements à domicile ont de meilleures issues maternelles car il y a moins d'interventions. En revanche, les risques sont augmentés pour les bébés en particulier ceux des primipares. Les patientes choisissant d'accoucher à domicile sont majoritairement caucasiennes, âgées de 25 à 35 ans, en couple, multipares et plus nanties que celles qui accouchent à l'hôpital.

Dans le but d'éviter ce surrisque pour le bébé tout en conservant les avantages obstétricaux, les maisons de naissance adossées à une salle d'accouchement traditionnelle offrent une solution intermédiaire en combinant un cadre familial rassurant et la sécurité pour le couple mère-enfant. Cette réflexion a mené à la création du premier gîte de naissance intra-hospitalier " Le Cocon " au sein de l'hôpital Erasme à Bruxelles.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 261-8

ABSTRACT

In Belgium, very few women give birth outside the delivery room. In the United Kingdom and in the Netherlands, they are more numerous. Several studies evaluated obstetric and neonatal outcomes of home births compared with hospital births. We selected seven recent and large studies (with cohorts of more than 5.000 women) using PubMed, Science Direct and Cochrane Database of Systematic Reviews.

Several questions were examined. Is there any difference in maternal and neonatal outcomes depending on the intended place of birth ? Does parity affect outcomes ? What are the characteristics of women who choose to deliver at home ?

We conclude that giving birth at home improves obstetric outcomes but is riskier for the baby, especially for the first one. The women delivering at home are mainly white Europeans, between 25 and 35 years old, in a relationship, multiparous and wealthier.

In order to avoid this increased risk for the baby while preserving the obstetric advantages, alongside birth centers offer an intermediate solution. They combine the reassuring home-like atmosphere with the safety of the hospital. In Belgium, the first alongside birth center " Le Cocon " (a low technicity unit distinct from the delivery room) offers now this type of alternative place of birth for women in Hôpital Erasme in Brussels.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 261-8

Key words : home birth, alternative place of birth

INTRODUCTION

Au cours du XXe siècle, la mortalité maternelle a diminué et les accouchements ont été progressivement déplacés des domiciles vers les maternités¹. Les progrès de la médecine ont été très importants pour le couple mère-enfant en Europe et dans les autres pays industrialisés. En contrepartie les actes techniques tels que la péridurale, l'épisiotomie, la césarienne et les extractions instrumentales ont augmenté.

Au cours du siècle dernier, cette " hyper-médicalisation " est remise en question et les notions de grossesses physiologiques et grossesses à bas risque apparaissent¹. Le rôle central de l'obstétricien pour les soins prénataux, l'accouchement et les soins en post-partum est progressivement transféré vers les sages-femmes. Les couples de futurs parents sont également de plus en plus demandeurs d'une prise en charge plus personnelle, moins médicalisée et en dehors des structures hospitalières. L'accouchement à domicile est redevenu une option. C'est par exemple le choix de 20 à 30 % des femmes enceintes aux Pays-Bas^{2,3} et 1/200 aux Etats-Unis⁴. En Belgique, moins de 1 % des accouchements se déroulent à la maison^{5,6}.

Ce choix de lieu d'accouchement dans les pays industrialisés avec des niveaux de soins élevés est néanmoins sujet à controverse avec des avis partagés^{7,8}.

De cette tendance, en plus des possibilités d'accouchement à domicile, naissent des structures de soins alternatives appelées " maisons de naissances "

(ou " birth centers " en anglais). Les sages-femmes y travaillent en pleine autonomie, avec des résultats meilleurs pour les issues maternelles et fœtales par rapport aux accouchements à l'hôpital^{9,10}.

Nous vous présentons les résultats de notre revue de la littérature. Trois questions ont été examinées :

- Y a-t-il plus de risques pour la mère ou pour son bébé à accoucher à domicile par rapport à un accouchement en milieu hospitalier pour une grossesse considérée comme physiologique ?
- Y a-t-il une différence pour les issues maternelles et fœtales des accouchements planifiés à domicile entre les multipares et les primipares ?
- Quelles sont les caractéristiques des patientes qui décident de planifier leur accouchement à domicile ?

METHODOLOGIE

Nous avons procédé à une recherche de la littérature sur les moteurs de recherche suivants : Pub Med, Science Direct et *Cochrane Database of Systematic Reviews*, avec comme mots-clés : " low risk pregnancy, home birth, planned home birth, accouchement à domicile, grossesses à bas risque ".

Nous avons sélectionné les études concernant les issues maternelles et fœtales des accouchements planifiés à domicile sur de larges cohortes de patientes (> 5.000) dont les résultats sont parus récemment et qui se sont déroulées dans des pays industrialisés.

Sept études répondent à ces critères. Elles sont répertoriées dans le tableau 1.

Etude	Hutton et al. ¹¹	de Jonge et al. ² <i>Birthplace in England Collaborative Group</i>	Brocklehurst et al. ¹⁰	de Jonge et al. ¹²	De Jonge et al. ⁹	Cheyney et al. ¹³	Grünebaum et al. ¹⁴
Année de parution	2009	2009	2011	2013	2015	2014	2014
Pays	Canada	Pays-Bas	Grande-Bretagne	Pays-Bas	Pays-Bas	USA	USA
Période étudiée	2003-2009	2000-2006	2008-2010	2004-2006	2000-2009	2004-2009	2009-2014
Type d'étude	rétrospective	rétrospective	prospective	rétrospective	rétrospective	prospective	rétrospective
Nombre d'accouchements planifiés à domicile	6.692	321.307	16.840	92.333	466.112	16.924	37.451
Comparaison accouchement domicile / accouchement hospitalier	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui
Issues étudiées	maternelles/ néonatales	néonatales	maternelles/ néonatales	maternelles	néonatales	maternelles/ néonatales	néonatales

Nous nous sommes penchés sur les issues maternelles et néonatales en utilisant les variables suivantes :

- pour les issues maternelles : recours à la péridurale, épisiotomie, déchirures périnéales, instrumentation (ventouses ou forceps), dystocie, césarienne, hémorragies du post-partum, rétention placentaire, taux de transferts intra partum et post-partum.
- pour les issues néonatales : score d'Apgar à 5 minutes < 7, âge gestationnel, poids de naissance, transfert intra partum ou post-partum, ventilation, admission au centre néonatal, décès néonataux et périnataux.

Les caractéristiques des patientes avec accouchement planifié à domicile ont également été étudiées et se trouvent dans le tableau 4.

RESULTATS

Issues obstétricales

L'étude de Hutton *et al.* a concerné des patientes de l'Ontario au Canada¹¹. Dans cette province, les accouchements à domicile représentent 1,6 % de tous les accouchements et 25 % des accouchements réalisés par des sages-femmes. Ils ont comparé les issues maternelles et néonatales avec un échantillon de même nombre de patientes à bas risque ayant planifié leur accouchement à l'hôpital. Pour cette équipe, les issues maternelles sont meilleures pour le groupe de patientes ayant planifié leur accouchement à domicile en ce qui concerne les interventions pendant le travail et la morbidité (tableau 2). L'analyse stratifiée en fonction de la parité montre une différence. Parmi les patientes ayant choisi d'accoucher à domicile, les transferts concernent plus souvent les primipares. De plus, quel que soit leur lieu d'accouchement, elles présentent une morbidité plus élevée que les multipares.

Les auteurs pensent que les patientes ayant choisi de rester à domicile ont une grande motivation pour gérer la douleur et éviter une analgésie péridurale qui augmente le risque d'interventions. D'autre part, le fait de rester chez elles avec une sage-femme connue augmente leur confort et potentialise l'avancée du travail. De plus, les multipares qui choisissent de rester à domicile ont, en général, accouché précédemment sans complications. En ce qui concerne les issues fœtales, la mortalité et la morbidité néonatale et périnatale ne sont pas différentes pour les deux lieux d'accouchement. Pour les auteurs, ces résultats concordent avec ceux du reste du pays pour les patientes à bas risque¹¹.

L'étude du *Birthplace in England Collaborative Group* a analysé les issues maternelles et néonatales en fonction du lieu d'accouchement¹⁰. Elle compare les accouchements à domicile, en maison de naissance, en maison de naissance adossée à un hôpital et à l'hôpital. Cette étude est importante de par son caractère prospectif et l'ampleur de sa cohorte ce qui

permet des analyses statistiquement plus puissantes et des conclusions plus fiables. De plus, chaque lieu de naissance est évalué et des comparaisons plus larges sont rendues possibles. Nous n'avons retenu ici que la comparaison entre les accouchements à domicile et à l'hôpital (tableau 2). Les auteurs ont conclu à de meilleures issues maternelles pour le groupe de patientes ayant choisi d'accoucher à domicile. Néanmoins, les primipares sont plus à risque de complications et de transfert vers l'hôpital. En effet, l'incidence des complications néonatales pour celles-ci est de 9,5/1.000 pour les accouchements planifiés à domicile contre 3,5/1.000 pour ceux planifiés à l'hôpital (Odds ratio [OR] 2,8, Intervalle de confiance [IC] 95 % 1,59 à 4,92). Le taux de transfert vers l'hôpital au total pour les primipares est de 45 % contre 12 % pour les multipares¹⁰.

Dans l'étude de Jonge *et al.* de 2013, l'analyse a uniquement porté sur les issues maternelles sévères entre les patientes qui ont planifié leur accouchement à domicile et celles qui l'ont planifié à l'hôpital¹². Le recrutement des patientes s'est fait via les données de l'étude nationale sur les déterminants ethniques de la morbidité maternelle aux Pays Bas associées aux données du Registre Périnatal National sur une période de deux ans (août 2004 à août 2006). Les événements sévères étudiés sont l'admission en soins intensifs, l'hémorragie du post-partum avec en particulier la transfusion de plus de quatre unités de sang, l'éclampsie et la délivrance artificielle. Les auteurs ont conclu que globalement l'hémorragie du post-partum (> 1 litre) est la complication sévère la plus fréquente et elle survient plus souvent en milieu hospitalier (4 %) qu'à domicile (2,9 %) (tableau 2). Les multipares ayant planifié leur accouchement à domicile ont moins de risque de développer une complication sévère que celles qui l'ont planifié à l'hôpital. Pour les primipares, les différences n'étaient pas statistiquement significatives. Une des explications possibles est que les patientes avec des antécédents d'accouchement compliqué préfèrent planifier leur accouchement à l'hôpital. Aux Pays-Bas, seulement 3,4 % des transferts concernent des accouchements avec complications sévères. La bonne formation des sages-femmes et l'organisation efficace de transferts en ambulance vers un hôpital en cas de nécessité ne feraient pas prendre de risques trop grands aux patientes¹².

L'étude de Cheyney *et al.* concerne les issues maternelles et néonatales pour les accouchements planifiés à domicile aux Etats-Unis entre 2004 et 2009¹³. Il s'agit d'une étude observationnelle. L'analyse ne compare pas ses résultats avec des accouchements planifiés en milieu hospitalier. Le recrutement des données s'est fait via un formulaire informatisé avec un taux de participation de 95 %. Ce formulaire répertorie environ 200 variables qui incluent les aspects sociaux, les antécédents de la patiente et l'histoire de sa grossesse actuelle, son accouchement avec ses éventuelles complications maternelles et/ou néonatales. Les résultats sont en faveur de meilleures issues maternelles en cas d'accouchement planifié à domicile

Tableau 2 : Issues obstétricales maternelles.

ETUDE	Hutton <i>et al.</i> ¹¹ 2009			Brocklehurst <i>et al.</i> ¹⁰ 2011			De Jonge <i>et al.</i> ¹² 2013		Cheyney <i>et al.</i> ¹³ 2014
	Domicile %	Hôpital %	OR	Domicile %	Hôpital %	OR	Domicile /1.000	Hôpital /1.000	Domicile %
Accouchement									
Analgésie médicamenteuse (Péridurale et autres)	16,8	45,2	0,37 (0,35-0,39)	8,3	30,7	0,25 (0,2-0,31)			6,1
Episiotomie	4,3	5,9	0,73 (0,63-0,84)	5,4	19,3	0,33 (0,28-0,39)			1,4
Déchirures périnéales >D3	1,5	2,2	0,87 (0,83-0,90)	1,9	3,2	0,77 (0,55-1,05)			1,2
Déchirures vaginales/labiales	7,1	8,1							4,8
Ventouse	1,9	2,5		2,0	8,1	0,29 (0,21-0,40)			1,2
Forceps	1,2	2,1		2,1	6,8	0,43 (0,32-0,57)			
Dystocie	2,9	4,4	0,67 (0,59-0,80)						
Césarienne	5,2	8,1	0,64 (0,56-0,73)	2,8	11,1	0,31 (0,23-0,41)			5,2
Hémorragie post partum 500ml-1000ml	8,5	10,1							15,5
Hémorragie post partum > 1000ml	0,8	1,2	0,68 (0,49-0,96)				29,2	39,9	4,8
Rétention placentaire							16,8	24,2	
Taux de transfert intra partum	5,4			14,2					10,9
Taux de transfert post partum				6,2					1,5

Les Odds ratios (OR) et risques relatifs (RR) non repris n'étaient pas calculés dans l'article original. L'intervalle de confiance 95 % est repris entre parenthèses (IC 95 %).

(tableau 2). Néanmoins, les décès périnataux étaient plus élevés que dans la littérature. L'explication se trouve probablement dans le fait que cette étude a inclus des patientes avec des utérus cicatriciels, des présentations de siège, des grossesses multiples, des grossesses compliquées par un diabète gestationnel ou une pré-éclampsie (tableau 3)¹³.

Dans la seconde étude de de Jonge *et al.* plus ancienne que nous avons retenue, les issues néonatales et périnatales sont uniquement prises en compte². La comparaison est faite entre les accouchements de grossesses à bas risque planifiés à domicile et ceux planifiés à l'hôpital. Les données ne concernent que les Pays-Bas sur une période allant de Janvier 2000 à Décembre 2009. Elles ont été collectées dans le registre périnatal national. Les analyses n'ont

pas retrouvé de différence significative dans les taux de décès intra-partum et périnataux entre les deux groupes (tableau3)².

L'étude de Grünebaum *et al.* évalue les taux de mortalité néonatale précoce (0-6 jours) et tardive (0-27 jours) en fonction du lieu d'accouchement, du prestataire de soins, du terme et de la parité aux Etats-Unis entre 2006 et 2009¹⁴. Ils ont sélectionné les accouchements de grossesses uniques âgées de plus de 37 semaines d'âge gestationnel, avec des enfants sans anomalies congénitales pesant au moins 2500 grammes. Les lieux pris en compte sont le domicile, les maisons de naissance indépendantes gérées par des sages-femmes et les hôpitaux. Les prestataires de soins sont soit des sages-femmes, des médecins, ou toute autre personne. Les données ont été collectées

Tableau 3 : Issues néonatales selon le lieu de l'accouchement, domicile ou hospitalier.

ETUDES	Hutton <i>et al.</i> ¹¹ (2009)			De Jonge <i>et al.</i> ² (2009)			De Jonge <i>et al.</i> ⁹ (2015)						Cheyney <i>et al.</i> ¹³ (2014)	Grünebaum <i>et al.</i> ¹⁴ (2014)		
	D	H	RR (IC 95%)	D	H	RR (IC 95%)	P			M			D	D	H	RR (IC 95 %)
	%	%		%	%		D	H	OR	D	H	OR	%	/1.000	/1.000	
Poids < 2.500g	0,6	0,8											0,8			
Poids > 4.000g	19,1	18,2											22,6			
Apgar < 7 à 5 minutes	0,7	0,9					7,9	8,9	0,95 (0,87 - 1,02)	3,2	4,6	0,77 (0,69 - 0,86)	1,5			
Ventilation nécessaire	6,5	5,7														
Age gestationnel < 37 semaines	0,3	-											2,5			
Age gestationnel > 42 semaines	1,7	0,8											5,1			
Transferts intra partum													10,9			
Transferts post partum													0,9			
Admission NICU	1,5	1,7		0,17	0,20		3,25	3,47	1,04 (0,91 - 1,18)	1,22	1,66	0,84 (0,7- 1,01)	2,8			
Décès intra partum	0	0,1		0,03	0,04	0,83 (0,6- 1,13)							1,3/1000			
Décès 0-7 jours	0,1	0,1	1,5 (0,53 - 4,21)	0,06	0,07	0,91 (0,72 - 1,14)							0,8/1000	0,93	0,14	6,6 (4,88 - 8,93)
Décès 8-28 jours													0,41/1000	1,26	0,32	3,87 (3,03 - 4,95)
Allaitement maternel exclusif	87,5	76,8											86			
Allaitement artificiel ou mixte	9,3	18,8											0,4			

NICU : Neonatal Intensive Care Unit ; D : Domicile ; H : Hôpital ; M : Multipares ; P : Primipares

via la base de données du " *Centre for Disease Control and Prevention* " qui recense toutes les naissances vivantes et les décès infantiles sur le territoire américain. Leur groupe de référence est constitué par les patientes accouchées par des sages-femmes en milieu hospitalier. Les accouchements à domicile par des sages-femmes ont représenté 0,44 % de tous les accouchements sur la période étudiée. Les patientes accouchant à domicile étaient le plus souvent âgées de plus de 35 ans, caucasiennes non-hispaniques, avec des bébés plus fréquemment macrosomes. De façon statistiquement significative, le risque de décès néonatal de 0 à 27 jours était quatre fois plus élevé pour les naissances à domicile (1,26/1.000 contre 0,32/1.000 ; risque relatif [RR] 3,87 - IC 95 % 3,03 - 4,95), sept fois plus élevé pour les naissances à domicile d'un premier enfant (2,19/1.000

contre 0,33/1.000 ; RR 6,74 - IC 95 % 4,55 - 9,96) et deux fois plus élevé pour la naissance à domicile d'un deuxième enfant ou plus (0,96/1.000 contre 0,32/1.000 ; RR 2,97 - IC 95 % 2,16 - 4,09). En cas de grossesse de plus de 41 semaines d'âge gestationnel, le risque était sept fois plus élevé pour la naissance à domicile (1,84/1.000 contre 0,27/1.000 ; RR 6,76 - IC 95 % 4,42 - 10,36). Le risque de décès néonatal précoce (0-6 jours) suivait la même tendance avec en particulier un risque de 13 à 14 fois plus élevé en cas de premier enfant (1,82/1.000 contre 0,13/1.000 ; RR 13,62 - IC 95 % 8,54 - 21,72) et 10 fois plus élevé en cas de grossesse de plus de 41 semaines d'âge gestationnel (1,26/1.000 contre 0,12/1.000 ; RR 10,28 - IC 95 % 5,88 - 17,98)¹⁴.

Les accouchements planifiés à domicile

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des patientes.

ETUDES	Hutton <i>et al.</i> ¹¹ (2009)		De Jonge <i>et al.</i> ² (2009)			Brocklehurst <i>et al.</i> ¹⁰ (2011)		De Jonge <i>et al.</i> ¹² (2013)			Cheyney <i>et al.</i> ¹³ (2014)	Grünebaum <i>et al.</i> ¹⁴ (2014)	
	D	H	D	H	p-value	D	H	D	H	p-value	D	D	H
	%	%	%	%		%	%	%	%		%	%	%
Age :													
< 25 ans	10,9	12,6	9,2	18,6	P < 0,0001	11,5	29,3	9,9	17,3	P < 0,001		16,3	41
25-34 ans	66,1	69,2	74	65,3		60,7	54,7	72,1	64,6			61,6	50,5
> 35 ans	22,5	17,9	16,9	16,2		27,9	16	18	18,1			22,1	10,2
Parité :													
primipares	34,3	34,3	40,9	46,7	P < 0,0001	27,2	54	41,9	48,7	P < 0,001	22,3	22,7	36,6
multipares	65,6	65,7	59,1	53,3		72,78	45,92	58,1	51,3		84,5	77,3	60,4
Niveau de revenus :													
faible			19,0	33,2	P < 0,0001	15,3	25,7	24,8	37,7	P < 0,001			
moyen			53,3	43,2		62,5	58,3	49,7	39,4				
élevé			27,5	23,6		22,1	16,1	25,5	23				
Origine/race :													
caucasienne						94,8	81,7	90,9	66,9	P < 0,001	92,3	90,8	52,6
autres						5,2	18,3	9,1	33,1			9,2	47,4
Statut matrimonial :													
Célibataire/divorcée						4	11,8				2		
Mariée /en couple						96	88,2				97,73		

D : Domicile ; H : Hôpital

s'accompagnent d'une diminution des interventions obstétricales et c'est ce qui semble être recherché par les patientes. Dans l'étude de Grünebaum *et al.*, une augmentation concomitante de la mortalité néonatale est à déplorer (tableau 3) en particulier pour les primipares¹⁴. Cela peut s'expliquer par le fait que la sélection des patientes acceptées pour l'accouchement à domicile n'est pas rigoureuse comparée à celle d'autres pays développés qui incluent l'accouchement planifié à domicile dans leur organisation de soins.

DISCUSSION

Issues maternelles

Toutes les études que nous avons analysées se rejoignent pour dire que les accouchements planifiés à domicile ont de meilleures issues maternelles par rapport à ceux planifiés à l'hôpital (tableau 2)¹⁰⁻¹³. Ce résultat est constaté aussi bien pour les multipares que pour les primipares. La morbidité est plus faible avec moins de risque de déchirures périnéales, d'épisiotomies, d'instrumentation, de césariennes et d'hémorragie du post-partum. Ces conclusions sont également retrouvées dans les données de la littérature récente et plus ancienne, dans des pays développés

différents^{3,15,16}. Il y a également moins de risque de recourir à l'analgésie médicamenteuse d'une manière générale, et en particulier à la péridurale. Or l'analgésie péridurale favorise les interventions obstétricales en affectant la dynamique du travail par le biais d'une diminution de la mobilité de la parturiente¹⁷. Elle augmente aussi le risque d'extraction instrumentale¹⁷. Certains auteurs, tels que Davis *et al.* expliquent le faible recours à l'analgésie péridurale par la forte motivation des patientes choisissant d'accoucher en dehors de l'hôpital¹⁵. Il s'agit pour elles d'un projet réfléchi, d'un scénario choisi avec un accompagnement organisé dans un environnement familial. Tout ceci concourt à diminuer les événements indésirables au cours du travail et de l'accouchement. Dans ces circonstances, la satisfaction des patientes est également plus grande. Christiaens *et al.* (2009) l'ont montré dans leur étude sociologique.

Issues périnatales

Dans les articles que nous avons sélectionnés, les conclusions concernant les issues néonatales sont variables. Les études de de Jonge *et al.* et de Hutton *et al.* n'ont pas mis en évidence de différence entre les deux lieux d'accouchement pour la mortalité et

morbidité néonatale et périnatale^{2,9,11}. Cependant, nous notons dans l'étude de Hutton et al., qu'il n'est pas rapporté de calcul de l'OR pour ce qui concerne les variables de morbidité.

Par contre, pour Grünebaum *et al.* ainsi que pour Brocklehurst *et al.*, l'accouchement à domicile est plus risqué pour les bébés en particulier pour ceux des primipares^{10,14}. Les américains ont montré un risque de mortalité néonatale jusqu'à 14 fois plus élevé pour une primipare accouchant à domicile¹⁴. D'autre part, l'équipe de l'étude du *Birthplace in England* a noté une incidence des issues infantiles défavorables de 9,5/1.000 pour les accouchements à domicile contre une incidence de 3,5/1.000 pour les naissances en milieu hospitalier. Dans leur réaction à cette dernière étude, Buekens *et al.* soulignent le fait que l'accouchement planifié à domicile devrait être déconseillé pour les primipares¹⁸.

Caractéristiques des femmes choisissant d'accoucher à domicile

Des études que nous avons sélectionnées, il ressort que les femmes qui décident d'accoucher à domicile sont majoritairement européennes, âgées de 25 à 35 ans, en couple, multipares, avec un niveau de revenus en moyenne plus haut que celles qui accouchent à l'hôpital^{2,10,11,13,14,19}. Elles assument leur responsabilité dans les décisions concernant leur santé et sont très informées sur la maternité. Le choix d'accoucher à la maison suit aussi des considérations financières propres aux patientes ou à l'environnement législatif. Par exemple, aux Pays-Bas, une patiente considérée à bas risque qui choisit les services d'un spécialiste ne sera pas remboursée par la sécurité sociale. En effet, les accouchements planifiés en dehors de l'hôpital, donc y compris ceux planifiés à domicile, coûtent moins cher²⁰. Cet élément intervient dans la balance lors de la réflexion de la future mère avec une grossesse à bas risque dans son choix de lieu d'accouchement.

CONCLUSION

Pour une patiente avec une grossesse à bas risque, l'accouchement planifié à domicile présente un taux d'événements indésirables et un taux d'interventions moins élevés par rapport à un accouchement planifié à l'hôpital. Néanmoins le risque périnatal est plus élevé surtout pour les primipares ainsi que pour les grossesses de plus de 41 semaines d'âge gestationnel.

La distance entre le domicile et l'hôpital représente le facteur le plus péjoratif sur la morbidité maternelle et fœtale en cas de complications en retardant l'administration de soins appropriés. Il est donc d'une part indispensable d'avoir un réseau de soins de santé prêt à intervenir dans ces situations et d'autre part de faire également entrer ce paramètre en ligne de compte dans la décision du lieu d'accouchement.

La formation des sages-femmes opérant en pleine autonomie se doit d'être adéquate pour reconnaître les signes de complications et pour réagir de manière efficace et rapide. Elles doivent être également intégrées au système de soins afin d'optimiser cette réaction. Il est indispensable qu'elles aient une structure de référence avec qui elles ont des accords si elles choisissent d'accompagner un accouchement à domicile. Il est aussi indispensable que des critères d'inclusion et d'exclusion et un protocole pour le transfert du domicile vers l'hôpital soient établis et suivis.

La prise en charge alternative du suivi et des accouchements des grossesses à bas risque par les sages-femmes entre dans le cadre des efforts de diminution des coûts de soins de santé de certains pays comme la Belgique. Le développement de nouvelles structures comme le " Cocon ", premier Gîte de Naissance Intra Hospitalier situé à Bruxelles à l'Hôpital Erasme doit être encouragé afin d'offrir une alternative aux accouchements hospitaliers mais aussi une alternative aux accouchements à domicile. En effet, cette solution pourrait représenter le meilleur des deux mondes. Entre les accouchements à domicile et les accouchements à l'hôpital, les avantages et inconvénients sont répartis sous forme d'une courbe de Gauss avec le gîte de naissance intra hospitalier comme solution intermédiaire reprenant à la fois le cadre familial et rassurant du domicile, tout en assurant la sécurité par la présence d'une équipe complète et d'une salle de naissance traditionnelle. Le succès des accouchements à domicile ou au Cocon repose sur la relation " *one-to-one* " que la future mère développe avec sa sage-femme tout au long de la grossesse. Cet accompagnement privilégié renforce les capacités et les compétences de la patiente et du couple au niveau de la gestion de la douleur du travail, des efforts de l'accouchement et de l'accueil du bébé.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Eide BI, Nilsen AB, Rasmussen S : Births in two different delivery units in the same clinic—a prospective study of healthy primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009 ; 9 : 25
2. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC *et al.* : Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009 ; 116 : 1177-84
3. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L : Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health* 2015 ; 7 : 361-77
4. Wax JR, Pinette MG, Cartin A : Home versus hospital birth-process and outcome. *Obstet Gynecol Surv* 2010 ; 65 : 132-40
5. Van Leeuw V, Leroy C, Zhang W-H, Englert Y : Données périnatales en région bruxelloise - année 2014. Bruxelles, Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2016
6. Devlieger R, Martens E, Martens G, Van Mol C, Cammu H : Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2014. Brussel, SPE, 2015

7. Cheyney M, Bovbjerg ML, Burcher P : Home birth is unsafe: AGAINST: Safe for whom? BJOG 2015 ; 122 : 1235
8. Grunebaum A, McCullough LB, Arabin B *et al.* : Home birth is unsafe : FOR : The safety of planned homebirths : a clinical fiction. BJOG 2015 ; 122 : 1235
9. de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG : Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG 2015 ; 122 : 720-8
10. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P *et al.* : 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
11. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K : 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 : 180-9
12. de Jonge A, Mesman JA, Mannien J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J : Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. BMJ 2013 ; 346 : f3263
13. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S : Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. J Midwifery Womens Health 2014 ; 59 : 17-27
14. Grunebaum A, McCullough LB, Sapra KJ *et al.* : Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. Am J Obstet Gynecol 2014 ; 211 : 390.e1-7
15. Davis D, Baddock S, Pairman S *et al.* : Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? Birth 2011 ; 38 : 111-9
16. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B, Caughey AB, Cheng YW : Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. N Engl J Med 2015 ; 373 : 2642-53
17. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L : Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2011 ; 12 : CD000331
18. Buekens P, Keirse MJ : In the literature: home birth: safe enough, but not for the first baby. Birth 2012 ; 39 : 165-7
19. de Jonge A, Baron R, Westerneng M, Twisk J, Hutton EK : Perinatal mortality rate in the Netherlands compared to other European countries : a secondary analysis of Euro-PERISTAT data. Midwifery 2013 ; 29 : 1011-8
20. Schroeder E, Petrou S, Patel N *et al.* : Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications : evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2012 ; 344 : e2292

Correspondance et tirés à part :

K. WELFFENS
 Hôpital Erasme
 Service d'Obstétrique
 Route de Lennik 808
 1070 Bruxelles
 E-mail : Karine.Welffens@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 12 juillet 2016 ; accepté dans sa version définitive le 2 août 2016.