



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Accouchement à domicile ou à l'hôpital : comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale

Planned home versus planned hospital births: Adverse outcomes comparison by reviewing the international literature

C. Faucon^{a,*}, T. Brillac^b

^aDépartement de médecine générale, 64, rue des Champs-Élysées, 31500 Toulouse, France

^bDépartement de médecine générale, faculté de médecine Rangueil, 133, route de Narbonne, 31062 Toulouse cedex 9, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 19 juin 2012

Accepté le 24 avril 2013

Disponible sur Internet le 12 juin 2013

Mots-clés :

Accouchement à domicile

Revue de littérature

Morbi-mortalité

Grossesses à bas risques

RÉSUMÉ

Objectif. – Évaluer la sécurité des accouchements planifiés à domicile, en la comparant aux accouchements hospitaliers, pour les grossesses à bas risque.

Méthode. – Une revue de la littérature internationale a été menée. Mortalité, évènements indésirables et interventions médicales ont été mis en parallèle.

Résultats. – Aucune différence de mortalité n'a été démontrée. Les évènements indésirables maternels ont été moindres à domicile. Les évènements indésirables infantiles ne sont pas significativement différents à l'hôpital et à domicile. Les interventions médicales sont plus fréquentes à l'hôpital.

Conclusion. – L'accouchement à domicile encadré par une sage-femme entraînée ne semble pas s'accompagner d'une augmentation de la mortalité ni de la morbidité globale, mais d'une diminution des interventions médicales.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To assess the safety of planned home birth compared to hospital birth, in low-risk pregnancies.

Method. – An international literature review was conducted. Mortality, adverse outcomes and medical interventions were compared.

Results. – Home birth was not associated with higher mortality rates, but with lower maternal adverse outcomes. Perinatal adverse outcomes are not significantly different at home and in hospital. Medical interventions are more frequent in hospital births.

Conclusion. – Home birth attended by a well-trained midwife is not associated with increased mortality and morbidity rates, but with less medical interventions.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Si la modernisation de la naissance et son déplacement du domicile vers les maternités a fait drastiquement baisser la mortalité maternelle et infantile, certains effets néfastes d'une surmédicalisation de la naissance peuvent actuellement ternir l'image de l'hôpital. On remarque ainsi un nombre croissant de femmes désireuses d'un accouchement plus physiologique et plus personnel, moins

instrumentalisé, hors des structures hospitalières. Alors que plus de la moitié des naissances a lieu à domicile aux Pays-Bas, l'accouchement à domicile reste controversé, particulièrement en France, et il peut sembler difficile pour les couples de prendre une décision éclairée. L'absence de plateau technique et de gynécologue immédiatement accessible effraie, car le temps presse pour un accouchement dystocique. Encore faut-il pouvoir les atteindre rapidement, un élément crucial qui implique la prise en compte du temps de trajet et une bonne collaboration ville-hôpital. L'indisponibilité de la péridurale rebute, l'intermittence du monitoring fœtal inquiète. La sage-femme à domicile doit être aguerrie, réactive, et disponible au moment de l'accouchement. En somme, les

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : celine_faucon@hotmail.com (C. Faucon).

conditions à réunir pour une sécurité optimale sont nombreuses et ne garantissent pas pour autant une naissance sans risque. Pas plus, ni moins qu'à l'hôpital, néanmoins.

De nombreuses études ont été réalisées à travers le monde pour tenter d'évaluer la sécurité d'un accouchement à domicile. Leurs conclusions sont contradictoires, leurs résultats souvent biaisés par des erreurs méthodologiques, parfois influencées par des partis pris idéologiques.

À l'heure de l'*evidence-based medicine*, peut-on répondre à la question d'une sécurité de l'accouchement à domicile, au moins équivalente à celle d'un accouchement à l'hôpital, et si oui, dans quelles conditions ?

À travers une revue minutieuse de la littérature internationale, après une sélection rigoureuse d'articles de qualité, nous avons comparé, pour des grossesses à bas risques, les résultats des complications des accouchements à domicile à ceux des accouchements à l'hôpital.

2. Méthode

Les articles ont été recherchés dans les bases de données médicales PubMed, PASCAL et Cochrane Database, entre le 15 février et le 1^{er} novembre 2011. Les requêtes MeSH utilisées ont été : « home birth », « planned home birth », « home birth » and « low risk », « planned home birth » and « low risk », « home birth » and « maternal outcomes », « home birth » and « perinatal outcomes », « home birth » and France, « home birth » and breech. La recherche a porté sur les publications de 1996 à 2011.

La bibliographie de chaque article lu a ensuite été passée en revue, et certaines références citées ont été retenues d'après leur titre. Si l'abstract correspondant s'intégrait dans le sujet, l'article était recherché et lu, puis rejeté ou gardé. Les mêmes mots clés ont été utilisés pour explorer les archives des journaux : *Birth*, *British Medical Journal*, *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *Canadian Medical Association Journal*, *The Lancet*, *Obstetrics and Gynecology*.

La qualité méthodologique des études a été évaluée par une grille de lecture (disponible sur demande). Elles incluaient exclusivement des accouchements à domicile planifiés, chez des parturientes résidentes de pays occidentaux industrialisés, et dont les grossesses étaient considérées comme étant à bas risque obstétrical. Les cohortes étaient homogènes. La notion de bas risque obstétrical varie selon les études. Elle est récapitulée dans le [Tableau 1](#). Pour l'étude de Wieggers et al., il est considéré que les critères d'inclusion respectent le Manuel obstétrical hollandais (VIL).

Les études prennent en compte le lieu planifié d'accouchement au moment de l'inclusion, c'est-à-dire au début du travail. Leur durée est d'au moins un an.

Le critère de jugement principal correspond à la mortalité : maternelle, et périnatale. Les critères de jugement secondaires sont, d'une part, les événements indésirables maternels et périnataux, et d'autre part, les différentes interventions médicales.

3. Résultats

Dix études comparatives ont été retenues en raison de leur correspondance aux critères préétablis, et analysées [1–10]. Parmi elles, deux études [7,10] ont été rejetées, incluant dans la même cohorte, des accouchements à domicile planifiés et non planifiés, assistés et non assistés. Une autre [4] n'a pas été incluse en raison d'imprécisions quant à l'inclusion ou non des parturientes au début du travail. Une seule non comparative a été retenue [11], pour sa qualité et la particularité d'être la seule étude française retrouvée. Aucune étude n'est randomisée.

Les caractéristiques des articles inclus sont résumées dans le [Tableau 2](#).

La plupart des femmes accouchant à domicile ont entre 25 et 34 ans. Elles résident majoritairement en zone urbaine [11]. La majorité des femmes a un niveau d'études au moins égal au baccalauréat (ou équivalent) [11,12]. La proportion de primipares accouchant à domicile est toujours inférieure à 50 %. Leur statut socioéconomique est majoritairement moyen. Une infime partie de ces femmes est issue de minorités ethniques. Près de 80 % [3,11] des patientes ne fument pas.

3.1. Mortalité

La mortalité maternelle a été nulle dans toutes les études où elle est évoquée [3–5,11,13]. Une seule mort maternelle est rapportée dans la revue de littérature de Fullerton et al. [12].

Toutes les évaluations de mortalité périnatale se font en excluant les anomalies congénitales lourdes, sauf dans l'étude de Lindgren et al. [3], dont les chiffres de mortalité sont rendus inexploitable (Tableau 3).

3.2. Événements indésirables

Toutes les études s'accordent à affirmer que les femmes accouchant à domicile présentent significativement moins de déchirures périnéales que les mêmes femmes accouchant à l'hôpital. La méta-analyse d'Olsen, comprenant six études, retrouve des OR inférieurs à 1, systématiquement en faveur du domicile [14].

Les hémorragies sont moins fréquentes à domicile, et ce de façon statistiquement significative dans la moitié des études [2,4,5]. Les taux de transfusions sanguines ne sont pas significativement différents dans deux études sur trois [2,5,6]. Le taux d'infections est plus élevé à l'hôpital qu'à domicile [2,5,6].

La morbidité périnatale/néonatale a été évaluée en relevant les scores d'Apgar à une et cinq minutes de vie [2,4–6,11] (Tableau 4),

Tableau 1
Critères définissant le bas risque obstétrical dans chaque étude.

	BIRTH		BJOG	CMAJ		Act. Obs. & Gyn.	BMJ	
	Davis et al., 2011 [9]	Hutton et al., 2009 [4]	De Jonge et al., 2009 [8]	Janssen et al., 2009 [5]	Janssen et al., 2002 [6]	Lindgren et al., 2008 [3]	Munier, 2011 [11]	Wieggers et al., 1996 [2]
Césarienne	0	≤ 1	0	≤ 1	≤ 1	s.p.	s.p.	0
Transfert/cs spé.	–	–	s.p.	–	–	s.p.	s.p.	s.p.
Grossesse multiple	–	–	–	–	–	–	–	–
Gestation (sem)	37–41	≥ 37	37–42	36–41	37–41	37–42	37–42	s.p.
Antécédents médicaux/ gynécologiques	–	–	–	s.p.	–	–	–	–
Siège	s.p.	–	–	+	–	–	–	–
Induction	–	–	s.p.	–	s.p.	s.p.	–	s.p.

– : critère d'exclusion ; s.p. : sans précision.

Tableau 2

Tableau récapitulatif des caractéristiques des articles comparés.

Revue	BIRTH	BIRTH	BJOG	CMAJ	CMAJ	Act. Obs & Gyn	BMJ	
Auteurs	Davis, et al.	Hutton, et al.	De Jonge, et al.	Janssen, et al.	Janssen, et al.	Lindgren, et al.	Munier	Wiegers, et al.
Référence bibliographique	[9]	[4]	[8]	[5]	[6]	[3]	[11]	[2]
Pays	Nouvelle Zélande	Canada	Hollande	Canada	Canada	Suède	France	Hollande
Publication	2011	2009	2009	2009	2002	2008	2005	1996
Limites	2006–2007	2003–2006	2000–2006	2000–2004	1998–1999	1992–2004	1997–2001	1990–1993
Total échantillon	16210	13384	529688	12982	2176	12238	2243	1836
Dom.	1830	6692	321307	2899	862	897	2243	1140
Hôp.	14380	6692	163261	10083	1314	11341	0	696
Transfert % ^a	n.c.	27,8/4,5	n.c.	n.c.	16,5	n.c.	21,8/5,2	36,7/8,7
Type	Rétro	Rétro	Rétro	Pro	Pro	Rétro	Pro	Pro
Comparative	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Appariement	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non

Pro : prospective ; Rétro : rétrospective ; Dom. : accouchement prévu à domicile ; Hôp. : accouchement prévu à l'hôpital ; n.c. : non communiqué.

^a Primipares/multipares.**Tableau 3**

Taux de mortalité périnatale, intrapartum et néonatale décrits dans les différentes études (%).

	BIRTH Hutton et al. [4]		BIRTH Davis et al. [9]		BJOG de Jonge et al. [8]		BMJ Wiegers et al. [2]		CMAJ Janssen et al. 2002 [6]		CMAJ Janssen et al. 2009 [5]		Munier [11]
Mortalité Périnatale	D 0,1	H 0,1	D 0	H 0	D 0,03	H 0,04 ^d	D 0,35	H 0,3	D 0,3	H 0 ^a 0,1 ^b	D 0,04	H 0,057 ^a 0,064 ^b	D 0,09
Intrapartum Néonatale													
≤ 24 h					0,05	0,05 ^e							
≤ 7 j					0,06	0,07 ^f							
≤ 28 j	0,1	0,1	0,11	0,1									
p	p=0,6		p>0,05		d : RR ^c 0,97 [0,69–1,37 ^c e : RR 1,02 ^c [0,77–1,36 ^c 3 : RR 1,00 ^c [0,78–1,27]		p > 0,05		p = 0,28 ^a p = 0,63 ^b		RR 0,61 IC95 % [0,06–5,88] ^a RR 0,55 IC95 % [0,06–5,25] ^b		–

D : domicile ; H : hôpital ; RR : risque relatif ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %.

^a Accouchement par sage-femme.^b Accouchement par praticien hospitalier.^c RR et IC95 % après ajustement.^d Intrapartum.^e ≤ 24 heures.^f ≤ 7 j.

les taux d'admission en unité de soins intensifs (USI) [2,4,8,9] et les poids de naissances inférieurs à 2500 g [4–6].

Aucune différence significative de taux d'admission en Unité de Soins Intensifs n'est retrouvée entre le domicile et l'hôpital [2,4,8]. Les risques relatifs sont proches de 1 dans toutes les études. Pas de différence significative non plus des scores d'Apgar à cinq minutes.

Les principaux événements indésirables infantiles étudiés ont été : la survenue de convulsions [5,6], de traumatismes [2,5], d'inhalation méconiale [5,6], la nécessité de réanimation [5,6],

d'aspiration trachéale, de ventilation assistée [4–6] et/ou d'oxygénothérapie supérieure à 24 heures [5,6].

Dans une étude de Janssen et al., ils sont significativement moins fréquents dans le groupe domicile, notamment les traumatismes, inhalations méconiales, nécessité de réanimation et d'oxygénothérapie supérieure à 24 heures [5]. Dans les autres études, ces différences ne sont pas statistiquement significatives [2,4–6]. La survenue de convulsions ou la nécessité de ventilation assistée n'est pas significativement différente d'un groupe à l'autre.

Tableau 4

Proportion de nouveau-nés en fonction de leurs scores d'Apgar (%).

	Hutton et al., 2009 [4]		Davis et al., 2011 [9]		Wiegers et al., 1996 [2]		Janssen et al., 2002 [5]		Janssen et al., 2009 [6]		Munier, 2011 [11]
	Dom.	Hôp.	Dom.	Mater niv.1	Dom.	Hôp.	Dom.	Hôp.	RR [IC95 %]		Dom.
Apgar < 7 à 5'	0,7	0,9	n.d.	n.d.			0,9	0,5 ^a 1,2 ^b	RR 0,92 [0,58–1,47] ^a		0,6
Signification RR [IC95 %]	n.d.		p = 0,826 RR 0,94 [0,52–1,67]				p = 0,54 ^a p = 0,63 ^b		RR 0,99 [0,61–1,61] ^b		

RR : risque relatif ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; n.d. : non disponible ; Dom. : domicile ; Hôp. : hôpital ; niv. : niveau.

^a Accouchement par sage-femme.^b Accouchement par praticien hospitalier.

Tableau 5

Taux d'induction ou d'augmentation du travail selon les études (%).

	Hutton et al., 2009 [4]		Wiegers et al., 1996 [2]		Janssen et al., 2002 [6]		Janssen et al., 2009 [5]		Davis et al., 2011 [9]			
	D	H	D	H	D	H	D	H	D	M.1	M.2	M.3
Induction	1,6	2,3			4,3	14 ^a 22,3 ^b	4,1	7,2 ^a 14,6 ^b				
Augmentation	27,7	36,3	2,6	3,7	22,2	46,2 ^a 53,8 ^b			n.d.			
<i>p</i>	<i>p</i> = 0,000		n.d.						<i>p</i> < 0,001	Réf	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001
RR	RR 0,76								RR 0,63		RR 1,91	RR 1,87
IC95 %	[0,72–0,80]								[0,55–0,74]		[1,73–2,1]	[1,68–2,08]
RAM	22,4	28,2			15,8	27,1 ^a 37 ^b	19,3	36	n.d.			
<i>p</i>	<i>p</i> = 0,000		<i>p</i> > 0,05		<i>p</i> < 0,001 ^a		RR 0,59		<i>p</i> < 0,001	Réf	<i>p</i> < 0,001	<i>p</i> < 0,001
RR	RR 0,76				<i>p</i> < 0,001 ^b		[0,55–0,69] ^a		RR 0,63		RR 1,49	RR 1,51
IC95 %	[0,72–0,80]						RR 0,47		[0,53–0,74]		[1,34–1,65]	[1,35–1,70]
							[0,44–0,51] ^b					

RAM : rupture artificielle des membranes ; D : domicile ; H : hôpital ; M.1, M.2, M.3 : maternités de niveaux 1, 2 et 3 ; n.d. : non disponible ; RR : risque relatif.

^a Accouchement avec sage-femme.^b Accouchement avec praticien hospitalier.**Tableau 6**

Taux de césariennes selon les études (%).

	BIRTH Hutton et al., 2009 [4]		BIRTH Davis et al., 2011 [9]		Lindgren et al., 2008 [18]		BMJ Wiegers et al., 1996 [2]		CMAJ Janssen et al., 2002 [5]		CMAJ Janssen et al., 2009 [6]		Munier, 2011 [11]
	Dom.	Hôp.	Dom.	Mater niv.1	Dom.	Hôp.	Dom.	Hôp.	Dom.	Hôp.	Dom.	Hôp.	Dom.
Césarienne	5,2	8,1	2,6	3,2	2	10	1,3 ^a	2,4 ^a	6,4	(1) 11,9 (2) 18,2			1,9
<i>p</i>	<i>p</i> = 0,000		<i>p</i> = 0,424		<i>p</i> = 0,002		n.s.		(1) <i>p</i> < 0,001		(1) RR 0,76		
RR	RR 0,64		RR 0,86		RR 0,4				(2) <i>p</i> < 0,001		[0,64–0,91]		
[IC95 %]	[0,56–0,73]		[0,60–1,24]		[0,2–0,7]						[0,56–0,76]		

n.s. : non significatif ; Dom. : domicile ; Hôp. : hôpital ; niv. : niveau ; RR : risque relatif.

Les données en gras : données statistiquement significatives.

^a Chiffre composite primipare/multipares.

D'après Wiegers et al., [2] il existe globalement davantage de « problèmes » (sans précision) dans les 24 premières heures à l'hôpital qu'à domicile, et ce de façon très significative, chez les multipares ($p < 0,001$) et les primipares ($p < 0,01$).

Le monitoring fœtal est significativement moins utilisé à domicile qu'à l'hôpital [8,9].

Les taux d'induction et/ou augmentation du travail sont plus élevés à l'hôpital qu'à domicile (Tableau 5).

L'analgésie et l'anesthésie des parturientes sont significativement plus utilisées à l'hôpital qu'à domicile [4–6,9].

Les épisiotomies sont toujours plus fréquentes à l'hôpital, et ce de façon très significative ($p \leq 0,002$; $RR \leq 0,73$).

Les taux de césariennes ont été systématiquement supérieurs dans les cohortes de femmes accouchant à l'hôpital, différences statistiquement significatives dans quatre des six études comparatives (Tableau 6).

Dans leur étude, Wiegers et al. analysent séparément primipares et multipares. Il en résulte une différence de taux de césariennes non significative entre le domicile et l'hôpital, concernant les primipares (14 % vs 15 %), et les multipares (1 % vs 2 %) [2]. Des accouchements instrumentalisés sont mentionnés dans six études [2,4–6,9,11]. La différence n'est généralement pas significative [2,6,9].

Les taux de transfert du domicile vers l'hôpital sont disparates selon les études, toujours plus élevés pour les primipares (de 21,8 à 36,7 %) [4,11,15] que pour les multipares (4,5 à 8,7 %) [2,16]. Le principal motif en est systématiquement la stagnation du travail

[3,20,24]. Moins fréquemment, la présentation non céphalique, la nécessité d'analgésie ou l'épuisement maternel. Après l'accouchement, la première cause de transfert évoquée est l'hémorragie [13,15,18]. Les transferts seraient plus fréquents pour les mères célibataires, vivant en zone rurale, si la sage-femme effectuant l'accouchement n'est pas celle qui a suivi la grossesse, ou si le terme est supérieur à 42 SA ou inférieur à 37 SA. Un antécédent de césarienne multiplie le risque de transfert par 2,7 et un BMI supérieur à 30 par 20,7 [18].

Par ailleurs, une augmentation significative de la mortalité et des événements indésirables a été montrée en cas de trajet de plus de 20 minutes chez une femme à haut risque [19]. Cet élément important n'a été pris en compte dans aucune des études analysées, incluses ni exclues.

4. Discussion

Les différences culturelles s'étendent jusqu'à la façon d'aborder la naissance. La définition et la manière d'évaluer la mortalité périnatale diffèrent selon les études, rendant difficile la comparaison des données. Néanmoins, pour la majorité des variables, les six études comparatives divergent uniquement sur l'aspect statistiquement significatif ou non de leurs chiffres. Si la plupart des cohortes sont trop petites pour en tirer des conclusions fiables en termes de mortalité, sur un échantillon de plus de 500 000 femmes, aucune augmentation de la mortalité périnatale

n'est démontrée lorsque l'accouchement se fait à domicile, qu'elle soit intrapartum ou néonatale, des 24 premières heures et jusqu'aux sept premiers jours de vie [8]. Aucune incidence non plus sur la mortalité maternelle.

En revanche, il semblerait qu'il y ait une incidence significativement moindre des événements indésirables maternels, de type lacerations périnéales [2,4–6,9] ou infections [16,19,20].

Aucune augmentation du risque hémorragique n'est démontrée [2–6,9].

La distance par rapport à l'hôpital et son plateau technique amène à moins de transferts de compétences [4] et d'interventions médicales, épisiotomies notamment [13,14,16,17], mais aussi induction ou augmentation du travail [4–6,9] et césariennes [4–6,9].

Il semble aussi que le fait d'accoucher dans un environnement familial, influence positivement le processus et diminue les événements indésirables [20,23]. Cela explique en partie l'absence de randomisation des lieux d'accouchement dans les études : lors d'une étude de faisabilité [21], seules 11 femmes avaient accepté de renoncer à leur liberté de choix et de randomiser leur lieu d'accouchement [22,23].

En ce qui concerne les nouveau-nés, il n'a été démontrée aucune augmentation des événements indésirables infantiles dans les cohortes d'accouchements à domicile. Au contraire, certains événements y étaient significativement moins fréquents, tels l'administration de drogues [5,6], aspirations trachéales [6] ou petits poids de naissance [5,6].

Ravelli et al. ont montré que la mortalité augmente après 20 minutes de trajet, chez les femmes considérées à haut risque [19]. En l'absence d'études spécifiques à l'accouchement à domicile, ce résultat nous interpelle : une femme qui, après avoir débuté son accouchement à domicile, nécessite un transfert, présente un problème, généralement urgent. Elle peut donc légitimement être assimilée à une femme « à haut risque » telle que décrite dans l'étude de Ravelli et al. [19] et pâtir des conséquences d'un trajet trop long, auquel il s'agit d'ajouter tout le temps s'étant écoulé entre les premiers symptômes d'aggravation et l'arrivée de l'ambulance, puis celui séparant l'arrivée à l'hôpital et la naissance effective de l'enfant. Une collaboration de qualité entre sage-femme à domicile et personnel hospitalier est donc fondamentale [24], d'une part, d'autre part, il semble fondamental de considérer un temps de trajet > 20 minutes comme un critère rédhibitoire à l'accouchement à domicile.

Parmi tous les articles lus, six se positionnaient en défaveur de l'accouchement à domicile : cinq études de cohortes et une méta-analyse [7,10,25–28]. Aucun d'eux ne nous a semblé recevable, tous étant biaisés par l'inclusion de sièges et/ou grossesses gémeillaires [25–27], de prématures et/ou post-terme [25,27], ou celle d'accouchements à domicile inopinés [7,10]. Enfin, la méta-analyse de Wax et al. [28] comporte des biais de sélection des articles ainsi que des erreurs méthodologiques, notamment la non-prise en compte des résultats de de Jonge et al. [8] dans le calcul de la mortalité néonatale.

Une étude de grande ampleur reste à réaliser pour évaluer la morbi-mortalité de l'accouchement à domicile. Elle devrait être prospective, comparative, « appariée », et non randomisée. Elle comporterait au moins 500 000 parturientes dans chaque groupe. L'inclusion se ferait au début du travail. Les critères d'acceptation d'un accouchement à domicile planifié seraient calqués sur ceux de la VIL néerlandaise, et prendraient en compte la distance du domicile à l'hôpital le plus proche : trajet strictement inférieur à 20 minutes en voiture. La mortalité, les événements indésirables maternels et infantiles, ainsi que le nombre d'interventions seraient répertoriés et étudiés en différenciant primipares et multipares. Les résultats seraient présentés en excluant les malformations congénitales.

4.1. Forces et limites du travail

Ce travail est sans doute la seule revue de littérature sur le sujet en langue française. Il n'a aucun parti pris. Les populations mises en comparaison dans cette étude sont homogènes, et correspondent à une situation optimale. Les principaux biais ont été évités. Les études sélectionnées s'accordent sur tous les résultats retrouvés, ce qui leur donne du poids.

Les articles d'excellente qualité rendant compte d'études comparant la morbi-mortalité de l'accouchement à domicile à celle d'un accouchement en maternité sont rares. Les études exploitables sont peu nombreuses à avoir été retenues, et présentent des faiblesses, dans la réalisation de l'étude, ou dans la rédaction de l'article. Une seule étude permettait une analyse correcte de la mortalité, toutes les autres étant limitées par la taille de leurs échantillons. Les variables présentées ne sont pas exactement les mêmes d'une étude à l'autre. Seule la mortalité périnatale est décrite dans toutes les études.

Les résultats obtenus sont à nuancer. Ils découlent d'études réalisées dans des pays aux systèmes de soins différents, ce qui en limite la généralisabilité [15,22]. Les conclusions tirées par leurs auteurs le sont sur la base de niveaux de significations statistiques. « Non statistiquement significatif » ne signifie pas forcément « non cliniquement significatif » et encore moins cliniquement acceptable.

5. Conclusion

Mortalité équivalente, morbidité équivalente, voire moindre : les données émanant des différentes études semblent indiquer une sécurité de l'accouchement à domicile équivalente à celle de l'hôpital, voire meilleure sur certains aspects. Ces bons résultats sont néanmoins à remettre chacun dans leur contexte. Ils sont difficilement transposables en France. Encourager cette pratique en France n'est donc pas envisageable sans la conduite préalable d'une étude de morbi-mortalité, et sans la formation et l'encadrement adéquat des différentes professions impliquées.

Pourtant l'accouchement est un moment important dans la vie d'une femme, et la liberté d'en choisir l'endroit est une chance dont il serait dommage de se priver.

C'est pourquoi, à condition d'en évaluer la qualité, les alternatives à l'accouchement hospitalier, telles que les pavillons de naissance, ou les salles « nature » dans les maternités pourraient être encouragées.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Ackermand-Liebrich U, Voegeli T, Günter-Witt K, Kunz I, Züllig M, Schindler C, et al. Home versus hospital deliveries: follow-up study of matched pairs for procedures and outcome. *Zurich Study Team. BMJ* 1996;313(7068):1313–8.
- [2] 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(7068):1309–13.
- [3] Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(7):751–9.
- [4] 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(3):180–9.
- [5] Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009;181(6–7):377–83.

- [6] Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. *CMAJ* 2002;166(3):315–23.
- [7] Pang JWY, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NS. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989–1996. *Obstet Gynecol* 2002;100(2):253–9.
- [8] De Jonge A, Van der Goes BY, Ravelli ACJ, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;116(9):1177–84.
- [9] Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, 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(2):111–9.
- [10] Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(2):152. e1–e5.
- [11] Munier M. Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001 [Internet] [Mémoire de fin d'études SF]. [cité 19 mai 2011]. Disponible sur : <http://www.scribd.com/doc/2520486/Accompagnement-global-avec-accouchement-a-domicile-en-France-de-1997-a-2001>.
- [12] Fullerton JT, Navarro AM, Young SH. Outcomes of planned home birth: an integrative review. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(4):323–33.
- [13] Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005;330(7505):1416.
- [14] Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997;24(1):4–13. discussion 14–16.
- [15] Murphy PA, Fullerton J. Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. *Obstet Gynecol* 1998;92(3):461–70.
- [16] Wiegers TA, Van der Zee J, Keirse MJ. Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth? *Birth* 1998;25(1):19–24.
- [17] Anderson RE, Murphy PA. Outcomes of 11,788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. *J Nurse Midwifery* 1995;40(6):483–92.
- [18] Lindgren HE, Hildingsson IM, Christensson K, Rådestad IJ. Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. *Birth* 2008;35(1):9–15.
- [19] Ravelli ACJ, Jager KJ, De Groot MH, Erwich JJHM, Rijninks-van Driel GC, Tromp M, et al. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG* 2011;118(4):457–65.
- [20] Van der Hulst LAM, Van Teijlingen ER, Bonsel GJ, Eskes M, Bleker OP. Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? *Birth* 2004;31:28–33.
- [21] Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000352.
- [22] Keirse MJNC. Home birth: gone away, gone astray, and here to stay. *Birth* 2010;37(4):341–6.
- [23] Hendrix M, Van Horck M, Moreta D, Nieman F, Nieuwenhuijze M, Severens J, et al. Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in The Netherlands. *BJOG* 2009;116(4):537–42. discussion 542–544.
- [24] Davis-Floyd R. Home-birth emergencies in the US and Mexico: the trouble with transport. *Soc Sci Med* 2003;56(9):1911–31.
- [25] Mehl-Madrona L, Madrona MM. Physician- and midwife-attended home births. Effects of breech, twin, and post-dates outcome data on mortality rates. *J Nurse Midwifery* 1997;42(2):91–8.
- [26] Evers ACC, Brouwers HAA, Hukkelhoven CWPM, Nikkels PGJ, Boon J, Van Egmond-Linden A, et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high-risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010;341:c5639.
- [27] Bastian H, Keirse MJ, Lancaster PA. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study. *BMJ* 1998;317(7155):384–8.
- [28] Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(3). p. 243 e1–8.