

# Les maisons de naissance

A. BELEN HERNANDEZ \* <sup>1</sup>, S. ALEXANDER <sup>2</sup>  
(Bruxelles, Belgique)

## *Résumé*

*Introduction : un groupe peu important numériquement (moins de 10 % des accouchements) mais vocal de femmes s'intéresse fortement à accoucher dans des lieux alternatifs : domicile ou maison de naissance. Après un siècle de progrès indiscutables en matière de morbi-mortalité maternelle, fœtale et néonatale, ceci peut paraître surprenant. Toutefois il existe des arguments pour dire que ces progrès se sont faits au prix d'une technicité en spirale continue, particulièrement exemplifiée dans l'épidémie de césariennes.*

*Matériel et méthodes : il s'agit d'une revue de la littérature.*

*Résultats :*

*– il est indispensable d'analyser en intention de traiter, sinon tous les transferts pour complications ne se retrouvent pas dans les statistiques ;*

1 - Maternité HIS - 63 rue Jean Paquot - 1050 Bruxelles (Belgique)

2 - Université libre de Bruxelles - École de santé publique - Unité PERU - CR2 -  
808 route de Lennik - 1070 Bruxelles (Belgique)

\* Correspondance : [anabelenhernandezgarcia@gmail.com](mailto:anabelenhernandezgarcia@gmail.com)

– en analysant en intention de traitement, on trouve que l'accouchement extra-hospitalier est associé dans toutes les études à une diminution significative de l'interventionnisme obstétrical : moins d'ocytocines, moins d'épisiotomies, plus de voie basse spontanée et plus d'allaitement. En contrepartie il y a une augmentation ou une tendance à une augmentation de la pathologie fœtale et néonatale. Celle-ci semble toutefois spécifique aux primipares et sans doute à l'accouchement à domicile.

*Discussion et conclusion* : les données de la littérature ne proviennent pas du monde francophone (une exception), ce qui rend difficile la généralisation. Deux voies semblent s'ouvrir face aux constatations : améliorer les services en maternité pour diminuer l'interventionnisme intempestif et promouvoir des expériences d'accouchement extra-hospitalier. Quelle que soit la voie choisie, il est indispensable que la législation, les normes de remboursement et une procédure d'évaluation soient mises en place au départ.

*Mots clés* : maison de naissance, lieu d'accouchement, césarienne

### **Déclaration publique d'intérêt**

Aucun des deux auteurs n'a d'intérêt direct dans les accouchements extra-hospitaliers. Elles travaillent toutes deux dans une maternité publique. Par ailleurs, en tant que mères, elles ont toutes deux choisi d'accoucher à l'hôpital. Si conflit il y a, il irait dans le sens de l'accouchement hospitalier (intérêt financier à conserver son emploi, et souvenir positif des naissances de leurs enfants). Toutefois, les deux auteurs considèrent avoir travaillé sans conflit d'intérêt.

## I. DÉFINITIONS DU CONCEPT

### I.1. Maisons de naissance : les mots pour le dire

Plusieurs termes sont utilisés dans la littérature tant anglo-saxonne que francophone. Ceci ne facilite ni la revue de la littérature, ni la communication entre partisans et opposants du concept. Les « Américains » semblent privilégier l'expression « birth ou birthing centre », les Britanniques l'expression « midwife (led) unit », les Allemands « Geburtshaus » littéralement maison de naissance.

Dans le monde francophone, la définition du terme « maison de naissance » a fait l'objet de nombreux débats, qui tournent principalement autour des modes de gestion et de la localisation de ces établissements. Le terme « maisons de naissance » a fait l'objet d'un dépôt à l'Institut national de la propriété industrielle (INPI) en 1999 par un groupe regroupant la Fédération naissance et libertés, l'Association nationale des sages-femmes libérales, l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes et l'Union des syndicats de sages-femmes. Ce groupe, détenteur de la définition du terme, serait légitimement habilité à poursuivre en justice ceux qui usurpent cette appellation. En avril 2006, le Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) a insisté sur le fait que cette appellation soit réservée à des établissements situés en dehors du périmètre d'un hôpital ou d'une clinique, conformément à son usage dans d'autres pays [1].

Dans les autres pays, il existe en général une différence de terme pour les maisons de naissance adossées à une maternité et les maisons de naissance non adossées.

### I.2. Maisons de naissance : tentative de définition

Les Britanniques sont les seuls sans doute à avoir en 2011 formé un groupe de travail pour la définition des lieux de naissance [2]. Les conclusions sont reprises dans un rapport de 15 pages. Ils proposent de diviser les lieux dont la fonction est d'accoucher en trois catégories dont les caractéristiques sont reprises dans le tableau 1 (traduction littérale).

Tableau 1 : Définition des lieux de naissance des Britanniques

<p><b>La maternité</b> (<i>Obstetric unit</i> (OU)) : un lieu sous l'autorité de l'ARH (agence régionale de l'hospitalisation), dans lequel les soins sont fournis par une équipe, où les obstétriciens assurent la responsabilité primaire pour les grossesses à risque de complications durant le travail et la naissance. Les sages-femmes participent aux soins pour toutes les femmes indépendamment du fait qu'elles soient considérées à risque élevé ou pas. Elles prennent la responsabilité pour les grossesses sans problèmes (<i>straightforward</i>) pour le travail et la naissance. Le service offre une prise en charge (diagnostique et thérapeutique) obstétricale, néonatale et anesthésique, sur place, 24 heures sur 24.</p>
<p><b>La maison de naissance adossée</b> (<i>Alongside midwifery unit</i> (AMU)) : un lieu sous l'autorité de l'ARH, dans lequel sont fournis des soins durant le travail et la naissance aux femmes dont la grossesse est sans problèmes (<i>straightforward</i>) et où les sages-femmes assurent la responsabilité primaire pour les soins. Durant le travail et la naissance, une prise en charge (diagnostique et thérapeutique) obstétricale, néonatale et anesthésique est disponible s'il en est besoin dans le même bâtiment ou sur le même site. Par définition, le transfert vers la maternité (OU) se fait en civière, lit ou chaise roulante.</p>
<p><b>La maison de naissance isolée</b> (qui se tient seule) (<i>Freestanding midwifery unit</i> (FMU)) : un lieu sous l'autorité de l'ARH, dans lequel sont fournis des soins durant le travail et la naissance aux femmes dont la grossesse est sans problèmes (<i>straightforward</i>) et où les sages-femmes assurent la responsabilité primaire pour les soins. Des généralistes peuvent être impliqués dans les soins. Durant le travail et la naissance, une prise en charge (diagnostique et thérapeutique) obstétricale, néonatale et anesthésique n'est pas disponible sur le site, mais se trouve sur un autre site. Par définition, le transfert vers la maternité (OU) se fait en ambulance ou en voiture.</p>

### I.3. Tentative de contextualisation historique

L'accouchement à domicile a été la norme jusqu'au milieu du xx<sup>e</sup> siècle. La mortalité maternelle et périnatale était élevée. Dans le courant de la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle, trois progrès techniques majeurs sont venus améliorer le pronostic : l'ocytocine, la perfusion puis la transfusion, et finalement les antibiotiques [3]. S'est ajoutée à cela la capacité de faire des césariennes sans risque majeur pour la mère, et ainsi de réduire les complications associées à l'accouchement par voie basse : placenta praevia, utérus de Couvelaire, épaule négligée.

Il a donc paru bénéfique de proposer aux femmes d'accoucher dans un lieu où tous ces progrès techniques étaient disponibles. Dans les années qui ont suivi la guerre de 39-45, les femmes sont venues en masse accoucher à l'hôpital.

De fait, il faut bien imaginer qu'en dehors de la valeur symbolique de ne pas accoucher chez soi, le reste était assez semblable à l'accouchement à domicile : pas de perfusion, pas de péridurale, pas de cardiocographie, une sage-femme énergique, expérimentée et pas forcément « cocoonante ». Il suffit de voir actuellement les maternités des

pays de faibles et moyens revenus pour imaginer les maternités européennes des années 50 et 60. C'est insidieusement, et avec des intentions de toujours « diminuer le risque », que la technologie a envahi les quartiers obstétricaux à partir des années 70 : perfusion de routine pour être prêt en cas d'hémorragie, cardiocographie de routine pour diminuer le risque d'asphyxie, péridurale de quasi-routine pour diminuer la douleur, ocytocine très (trop) fréquente pour « optimiser » le travail.

À partir de là, deux tendances opposées se dessinent : de plus en plus de technologie menant à la césarienne sur demande ou le retour à un moindre interventionnisme. C'est dans ce contexte que s'inscrit en partie la demande/le besoin des maisons de naissance. Toutefois il répond aussi dans certains cas à une logique d'organisation des services.

#### **1.4. Déterminants organisationnels de la mise en place de structures spécialisées pour les accouchements de bas risque**

Le deuxième déterminant est lié à la rationalisation des ressources. Dans des pays comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni, un choix délibéré s'est fait de conserver (Pays-Bas) ou de redynamiser (Royaume-Uni) des structures de faible technicité, et où il n'y a pas forcément de médecin. L'idée relève dans une certaine mesure d'un choix idéologique, à savoir que l'accouchement normal/eutocique/physiologique relève des soins de santé primaire. Dans ces pays-là, le point essentiel est que dans ce type de structure la sage-femme est responsable. Nous allons voir toutefois que le contenu exact de la maison de naissance n'est pas une notion universelle.

#### **1.5. Que met-on dans le terme « maison de naissance » ?**

Même le contenu n'est pas clair. A priori on pense à une petite structure, avec un environnement le moins technique possible.

Clairement la taille n'est pas forcément un bon critère : en Europe certains pays, notamment la Suisse, ont encore la majorité de leurs naissances dans des maternités de moins de 500 accouchements par an, mais quasi toujours avec des gynécologues, et à l'inverse, certains *midwife units* au Royaume-Uni font plus de 1 000 accouchements par an. Pour l'environnement familial et non technologique, nous savons que certaines salles d'accouchement ont des chambres d'accouchement « physiologiques », et nous savons aussi que certaines maisons de naissance sans médecin utilisent des technologies de type stroboscopie pour diminuer la

douleur. Dans ce contexte, la revue Cochrane sur ce thème ne compare pas accouchements en maison de naissance à accouchements en maternité mais bien « alternatif » à « conventionnel institutionnel » [4].

L'objet ici, malgré la difficulté de définition, sera de rechercher les données récentes qui montrent les risques et les bénéfices de ce type de structure.

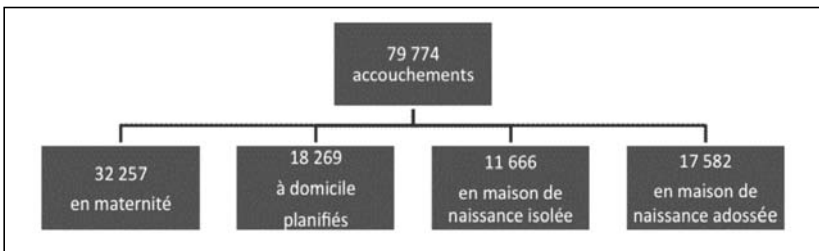
## II. MÉTHODOLOGIE

### II.1. Il s'agit ici d'une revue de la littérature largement basée sur l'enquête anglaise « Birthplace »

Depuis le début du millénaire, les Britanniques ont cherché à améliorer leurs services obstétricaux dans une démarche de type clientéliste. Au terme d'une enquête auprès des femmes [5], il a été montré que leurs trois demandes étaient : choix, accessibilité et continuité. Le choix impliquait donc quatre possibilités d'accoucher : maternité, maison de naissance adossée, maison de naissance séparée, et accouchement à domicile. Une revue de la littérature avait été faite mais ne suffisait pas à donner un ordre de grandeur des risques et bénéfices. Il a donc été décidé de procéder à une vaste étude observationnelle en population : « Birthplace ». Cette étude réalisée en 2007 a utilisé un échantillonnage stratifié : tous les accouchements en maison de naissance et à domicile planifiés et un échantillon des accouchements en maternité pour un total de plus de 70 000 naissances comme suit (Figure 1).

Il n'existe aucune autre étude de cohorte prospective en population de cet ordre de grandeur, ce qui explique pourquoi elle sert actuellement de référence.

Figure 1 - Étude « Birthplace »



## II.2. Les résultats de « Birthplace » ont été complétés par une recherche bibliographique : Cochrane, PubMed et éventuellement sites spécialisés

La revue Cochrane sur les lieux de naissance alternatifs, déjà citée, date de 2012. Une autre revue Cochrane comparant les soins par sages-femmes dans la continuité aux soins habituels a été réalisée en 2013 [6].

La recherche de la littérature s'est faite sur PubmMed uniquement en utilisant la syntaxe [(*birth*\* AND *cent*\*) OR (*midwife* AND *unit*) OR (*birth* AND *place*)] et en se limitant aux articles où ces termes se retrouvaient dans le titre. Elle a aussi utilisé le terme *MESH birth centres*. Elle a été réalisée de 2010 à 2013, et uniquement pour des pays de haut revenu. Cette syntaxe n'a pas été très efficace pour obtenir des données, qui ont plus souvent été obtenues directement par « snowballing » ou par la liste email JISCMail.

## II.3. Prévalence des accouchements planifiés hors maternité dans les pays de hauts revenus

Une dernière question n'a pas été résolue clairement, pour les pays de hauts revenus, existe-t-il des données d'accès facile rapportant chaque année le nombre d'accouchements planifiés et réalisés par type de structure : maternité, maison de naissance adossée, maison de naissance isolée, à domicile ; ainsi que le nombre d'accouchements réalisés ailleurs que le plan initial ? Existe-t-il même des données globales **accessibles** sur les lieux d'accouchement par pays, données qui sont forcément connues de l'état civil ?

# III. RÉSULTATS

## III.1. Résultats de l'étude « Birthplace »

Cette étude évalue les femmes en « intention de lieu d'accouchement » [7]. Le taux de césarienne pour les accouchements planifiés à domicile représente donc les césariennes réalisées à l'hôpital chez des femmes transférées. NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), l'équivalent britannique de la HAS (Haute Autorité de santé), a émis des recommandations concernant les critères de bas

risque pour l'accouchement hors maternité [8]. Toutefois contrairement aux Pays-Bas, cette liste n'est pas contraignante de sorte que dans l'étude « Birthplace », un certain nombre de femmes à risque ont planifié un accouchement hors maternité. Cette étude a évalué les issues obstétricales, les taux de transfert, l'utilisation des ressources humaines et l'aspect économique global.

Issues obstétricales : la mauvaise issue obstétricale dans cette analyse a été définie comme étant le reflet des complications intra-partales et comprend n'importe laquelle des atteintes suivantes : décès intra-utérin après le début de la prise en charge pour le travail, décès néonatal précoce, encéphalopathie anoxique ischémique, syndrome d'aspiration méconiale, atteinte du plexus brachial et fracture de l'humérus ou de la clavicule. Les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 - Étude « Birthplace » : risques pour le fœtus et le nouveau-né en fonction du lieu de naissance planifié

Population	Plan de lieu d'accouchement	Issues obstétricales indésirables (décès, morbidité sévère*) n/N (%)	OR ajusté** (IC 95 %)
Toutes les femmes	Planifié : maternité	81/19 551 (4,4 %)	1
	Planifié : domicile	70/16 553 (4,2 %)	1,16 (0,76-1,77)
	Planifié : maison de naissance isolée	41/11 199 (3,5 %)	0,92 (0,58-1,46)
	Planifié : maison de naissance adossée	58/16 524 (3,6 %)	0,92 (0,60-1,39)
Toutes les femmes de bas risque	Planifié : maternité	48/15 676 (3,1 %)	1
	Planifié : domicile	62/15 538 (4,0 %)	1,59 (1,01-2,52) ***
	Planifié : maison de naissance isolée	35/10 571 (3,2 %)	1,22 (0,76-1,96)
	Planifié : maison de naissance adossée	54/15 342 (3,4 %)	1,26 (0,80-1,99)
Nullipares de bas risque	Planifié : maternité	28/8 018 (3,5 %)	1
	Planifié : domicile	36/4 063 (9,5 %)	2,80 (1,59-4,92) ***
	Planifié : maison de naissance isolée	22/4 785 (4,5 %)	1,40 (0,74-2,65)
	Planifié : maison de naissance adossée	35/7 518 (4,4 %)	1,38 (0,75-2,52)
Multipares de bas risque	Planifié : maternité	20/7 637 (2,6 %)	1
	Planifié : domicile	26/11 461 (2,0 %)	0,83 (0,44-1,58)
	Planifié : maison de naissance isolée	13/5 772 (2,2 %)	0,97 (0,46-2,04)
	Planifié : maison de naissance adossée	19/7 792 (2,5 %)	1,09 (0,50-2,39)

\* Décès intra-utérin après le début de la prise en charge pour le travail, décès néonatal précoce, encéphalopathie anoxique ischémique, syndrome d'aspiration méconiale, atteinte du plexus brachial et fracture de l'humérus ou de la clavicule  
\*\* OR ajusté sur âge maternel, pays d'origine, compréhension de la langue du soignant, situation de couple, IMC, quintile socio-économique, parité et âge gestationnel  
\*\*\* statistiquement significatif



On voit donc globalement une tendance à une augmentation du risque d'issue défavorable pour les accouchements planifiés hors maternité. Après analyse plus détaillée, en examinant uniquement les femmes pour lesquelles le choix d'accoucher hors maternité était compatible avec les recommandations (femmes à bas risque), puis en les séparant en nullipares et multipares, les tendances s'affirment : légère augmentation du risque, qui n'est significative que pour les accouchements planifiés à domicile globalement, mais de fait après stratification en raison du sur-risque chez les nullipares (OR = 2,8).

Par ailleurs il n'y a pas eu de tendance à la différence pour les pathologies maternelles relevées : lacérations périnéales des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré ou pour les transfusions.

Dans les aspects positifs on observe significativement moins d'interventionnisme dans les accouchements hors maternité (Tableau 3).

Tableau 3 - Étude « Birthplace » : déroulement de l'accouchement en fonction du lieu de naissance planifié

Intervention	Planifié : maternité taux, OR ajusté # (IC 95 %)	Planifié : domicile taux, OR ajusté (IC 95 %)	Planifié : maison de naissance isolée taux, OR ajusté (IC 95 %)	Planifié : maison de naissance adossée taux, OR ajusté (IC 95 %)
Voie basse spontanée	73,8 % 1	92,8 % 3,61 (2,97-4,38)	90,7 % 3,38 (2,70-4,25)	85,9 % 2,22 (1,76-2,81)
Césarienne intra-partum	11,1 % 1	2,8 % 0,31 (0,23-0,41)	3,5 % 0,32 (0,24-0,42)	4,4 % 0,39 (0,29-0,53)
Épisiotomie	19,3 % 1	15,4 % 0,33 (0,28-0,39)	8,6 % 0,40 (0,32-0,51)	13,1 % 0,62 (0,50-0,77)
# : OR ajusté sur âge maternel, pays d'origine, compréhension de la langue du soignant, situation de couple, IMC, quintile socio-économique, parité et âge gestationnel				

En termes de transferts : ils ont eu lieu dans 21,0 % des accouchements planifiés à domicile, dans 21,9 % des accouchements planifiés en maison de naissance isolée et dans 26,4 % des accouchements planifiés en maison de naissance adossée. Ils sont plus fréquents chez les nullipares [9].

La probabilité de commencer un allaitement maternel était aussi significativement plus élevée dans les accouchements hors maternité.

L'analyse coût-bénéfice a été réalisée uniquement sur les femmes qui avaient planifié un lieu d'accouchement compatible avec leur niveau de risque tel que défini dans les *guidelines* de NICE [10]. L'analyse a été réalisée en prenant en compte tous les coûts, mais aussi tous les bénéfices liés aux issues défavorables évitées. Au final,

l'évaluation est la suivante (en euros dans la publication) : accouchement planifié en maternité : 1 950 €, accouchement planifié à domicile : 1 274 €, accouchement planifié en maison de naissance isolée : 1 715 € et accouchement planifié en maison de naissance adossée : 1 747 €. La conclusion finale des deux analyses, en tout cas pour le Royaume-Uni, est que pour une femme multipare dont c'est le choix et qui est informée d'une probabilité de transfert entre 20 et 25 %, la planification d'un accouchement hors maternité ne paraît pas déraisonnable.

### **III.2. Complément bibliographique : revues Cochrane, données de la littérature et de sites spécialisés**

Deux revues Cochrane sont proches de cette thématique sans réellement l'aborder directement.

La première date de 2012 [11] et concerne les naissances dans des lieux alternatifs (pas des naissances à domicile, ni dans des maisons de naissance isolées). Elle comporte 10 essais randomisés incluant un total de 11 795 femmes. Les études ont été réalisées en Australie, au Canada (2), au Danemark, en Irlande, en Norvège, au Royaume-Uni (3) et en Suède. Exactement comme l'étude observationnelle, elle démontre significativement moins d'interventionnisme obstétrical et, en conséquence, plus d'accouchements par voie basse spontanée et plus de succès d'allaitement maternel. Il y avait une tendance non significative à une augmentation de la morbidité composite materno-périnatale.

La deuxième revue Cochrane date de 2013. Elle compare, dans des grossesses de bas risque, la prise en charge dans la continuité (grossesse et accouchement) par sage-femme à la prise en charge médicale ou mixte. Elle comporte 13 essais randomisés incluant un total de 16 242 femmes. Les études ont été réalisées en Australie, au Canada, en Irlande et en Nouvelle-Zélande. La conclusion est une fois de plus un bénéfice significatif en termes de voie basse spontanée (RR 1,05 ; IC 95 % 1,03-1,08), d'épisiotomie (RR 0,84 ; IC 95 % 0,76-0,92), d'extraction instrumentale (RR 0,88 ; IC 95 % 0,81-0,96). Il n'y a pas eu de différence significative ni même de tendance pour les évènements intra-partaux défavorables tels que décès, Apgar bas, convulsions etc.

Une dernière étude apporte encore un élément au tableau. Il s'agit d'un cas-témoins réalisé au Danemark en 2012, qui analyse les déterminants socio-culturels [12]. En effet, il est connu que parmi les patientes qui souhaitent des lieux d'accouchement alternatifs des maternités traditionnelles, une proportion importante appartient à la

classe moyenne instruite. Les chercheurs ont fait l'hypothèse que l'effet bénéfique des maisons de naissance pourrait être dû à la personnalité même des femmes qui les choisissent (ou même qui acceptent d'entrer dans un essai randomisé où elles sont offertes) et partant ils ont apparié sur 9 marqueurs obstétricaux et sociaux deux séries de 839 femmes accouchées en maison de naissance et 839 appariées sur les 9 facteurs en maternité. Comme dans les études précédentes, ils ont trouvé une diminution significative de l'interventionnisme. Cet effet est exactement le même chez les femmes de niveau privilégié que chez la population peu instruite ou migrante.

Aucun résultat contributif n'a été trouvé en cherchant sur les sites des associations de sages-femmes belges, françaises, suisses ou québécoises, même pas en termes de prévalence de ces accouchements.

### **III.3. Prévalence des accouchements planifiés hors maternité dans les pays à hauts revenus**

Tout comme pour les césariennes, il manque un site international à jour qui donne la prévalence des accouchements planifiés et réalisés dans les trois types de structure alternative. Un deuxième problème a trait aux définitions. Aux Pays-Bas, à l'université de Leiden, dans la salle d'accouchement nous avons vu des sages-femmes indépendantes venir accoucher. Elles payent pour leur emplacement et personne de l'équipe de maternité ne supervise ce qu'elles font. Est-ce un accouchement en maternité ou en maison de naissance adossée ?

Globalement nous pensons qu'avec l'exception des Pays-Bas où plus de 25 % des naissances ont lieu hors maternité, la plupart des pays à hauts revenus ont plus de 90 % des accouchements en maternité. Même le Royaume-uni avec une politique active d'offrir le choix aux femmes avait, en 2007, 2,8 % à domicile, 2 % en maison de naissance isolée et 3 % en maison de naissance adossée. En Belgique la somme des accouchements planifiés hors maternité est en croissance lente mais continue, mais n'atteint pas 3 %. En Allemagne, où cette activité est prise en charge par la sécurité sociale et incluse dans le processus de contrôle de qualité, elle est du même ordre de grandeur [13].

## IV. DISCUSSION ET CONCLUSION

### IV.1. Résumé des résultats

En synthèse, et de manière très homogène, les accouchements hors maternité entraînent moins de césariennes, moins d'extractions instrumentales, moins d'épisiotomies, et un meilleur démarrage de l'allaitement. Dans la seule étude qui avait assez de puissance, la morbi-mortalité périnatale est significativement augmentée dans les naissances à domicile, avec une tendance non significative à l'augmentation dans les naissances en maison de naissance. Cette augmentation non significative se trouve concentrée chez les primipares. Finalement il faut rappeler que les taux de transfert sont élevés ( $> 20\%$ ), que l'analyse coût-bénéfice est plutôt favorable aux lieux alternatifs et qu'il n'y a apparemment aucune différence entre les maisons de naissance adossées ou isolées.

### IV.2. Forces et faiblesses

La plus grande difficulté pour des cliniciens de France, Belgique ou Suisse est liée à la validité externe (la généralisabilité) des études trouvées, qui ont toutes été réalisées dans des pays anglo-saxons ou nordiques. L'organisation des soins est très différente dans ces pays. Les médecins et les sages-femmes sont des fonctionnaires du système national de santé et donc leur assurance professionnelle est prise par leur employeur (l'État). Ceci signifie en contrepartie que la responsabilité de la sage-femme se situe au même niveau que celle de l'obstétricien et partant que les maisons de naissance sont entièrement sous la responsabilité professionnelle et éventuellement pénale de la sage-femme. Ceci est très différent de ce qui se passe à Strasbourg ou dans certaines maternités belges où il existe un espace physiologique mais où les décisions cliniques ou organisationnelles se prennent de concert : obstétriciens et sages-femmes associés... Il est important de noter toutefois qu'à Strasbourg du moins, ce modèle a été évalué et fonctionne de manière efficace [14]. En Belgique, la loi et la sécurité sociale prévoient les trois types de lieux alternatifs, et il existe un petit nombre de maisons de naissance qui fonctionnent apparemment bien et dans lesquelles les sages-femmes sont complètement autonomes. Dans ce contexte elles souscrivent une assurance professionnelle individuelle.

Une autre difficulté est l'aspect passionnel et l'essence même de ce débat. Pour un grand nombre de personnes, accoucher hors maternité

est « irresponsable ». Pour un nombre limité de personnes, qui en règle générale appartiennent à une classe moyenne instruite et capable de s'exprimer (« articulate middle class »), accoucher ailleurs qu'à l'hôpital paraît une voie libératrice pour laquelle il est juste de militer. La position intermédiaire n'est pas toujours facile à faire entendre.

Une dernière difficulté qui a déjà été évoquée est la quasi-absence de données de pays à hauts revenus non anglo-saxons ou nordiques.

### IV.3. Signification de l'étude, mécanismes possibles

Il est sans doute difficile de bien déterminer les motifs de la demande d'accoucher hors maternité, et aussi de démêler ses composantes : envie d'avoir « sa » sage-femme, envie d'un milieu plus « cosy », effet de mode, etc. Nous ne pensons pas qu'un nombre suffisant de femmes qui choisissent ces lieux d'accouchement est bien informé, ni des bénéfices ni des risques...

En ce qui concerne les mécanismes, il faut sans doute considérer que le mécanisme le plus important est le frein à l'interventionnisme intempestif. Globalement les accouchements en lieu alternatif durent une heure de plus et ont moins d'ocytocine, des ruptures artificielles de membranes plus tardives, moins de péridurales. Il serait peut-être simple de réfléchir à ce type de prise en charge en maternité. Cela devrait se faire malgré le coût de l'heure d'utilisation de la salle d'accouchement, et qui sait peut-être en réintroduisant les salles de pré-travail. Après le retour du « slow cooking », peut-être faut-il envisager le retour du « slow-delivering ». Toutefois il existe quelques analyses qui suggèrent que, même lorsque la sage-femme est seule responsable du travail et de l'accouchement, ses modalités de fonctionnement/raisonnement diffèrent en maison de naissance et en maternité [15, 16]. Cet argument est évidemment à double tranchant, puisque les planificateurs en santé considèrent que les règles de bonne pratique sont universelles, et que ces différences relèvent possiblement d'un raisonnement moins strict, moins *evidence-based*.

### IV.4. Questions pour le futur

Il nous semble que le point le plus important est d'éviter des césariennes inutiles à cause essentiellement des risques pour les enfants à long terme [17] mais aussi des risques pour la mère, particulièrement si elle souhaite une autre grossesse. Dans ce contexte le standard

devrait être de pratiquer l'obstétrique la plus physiologique possible. Dans quelle mesure cela impose pour les Français ou les Belges d'adopter le modèle anglais n'est pas clair. Il nous semble par contre qu'il devient urgent d'avoir une meilleure évaluation de nos pratiques, notamment pour mieux déterminer quelles sont celles qui méritent de ne pas être modifiées et celles qui doivent évoluer. Finalement, et vu de la Belgique, il ne paraît pas y avoir de risque à autoriser (et rembourser par la sécurité sociale) les accouchements hors maternité. Dans ce contexte, il n'est pas inintéressant de savoir qu'il existe au parlement européen un lobby qui pousse à dire que l'absence de choix pour le lieu de naissance serait une atteinte aux droits [18]. Ceci, tout comme le dépôt de nom pour les maisons de naissance, est sans doute excessif. La voie la plus modérée et consensuelle est sans doute celle des expériences pilotes correctement encadrées et évaluées avec une bonne dissémination des données obtenues.

### ***Remerciements***

Nous voulons remercier tous ceux qui nous ont fait progresser dans ce débat compliqué. Il y a 30 ans déjà, Murray Enkin et Iain Chalmers ont posé les premiers maillons de cette réflexion. Gérard Bréart et Jennifer Zeitlin ont aussi contribué, notamment dans la collecte de données pour PERISTAT [19] sur les lieux d'accouchement. Finalement, l'année passée, Betty-Anne Davies et ses collègues, lors d'une conférence aux États-Unis sur les sièges, et qui regroupait des soignants obligés de pratiquer hors maternité les sièges voie basse sélectionnés qui sont interdits à l'hôpital. Nous voudrions aussi remercier ceux de nos collègues belges et français qui maintiennent à l'hôpital une culture d'évitement des césariennes non nécessaires.

## Bibliographie

- [1] CIANE <http://ciane.net/blog/2013/02/harcelement-judiciaire-de-la-cpam-contre-les-accouchements-en-maison-de-naissance-des-femmes-en-zone-frontaliere/> et Wikipedia maison de naissance [http://fr.wikipedia.org/wiki/Maison\\_de\\_naissance](http://fr.wikipedia.org/wiki/Maison_de_naissance) dernier accès 24/09/13.
- [2] *Birthplace* terms and definitions: consensus process *Birthplace* in England research programme. Final report part 2 <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace> dernier accès 24/09/13.
- [3] Loudon I. Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950. 622 pp. Oxford, England, Clarendon Press, 1993 ISBN: 0-19-822997-6 pp112-123.
- [4] Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative *versus* conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;8:CD000012.
- [5] Enquête 2008 auprès des femmes enceintes au Royaume-Uni [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_074199.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_074199.pdf) dernier accès 24/09/13.
- [6] Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models *versus* other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Aug 21;8:CD004667.
- [7] *Birthplace* in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. 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.
- [8] NICE guideline Intrapartum care <http://publications.nice.org.uk/intrapartum-care-cg55/guidance> dernier accès 24/09/13.
- [9] Rowe RE, Fitzpatrick R, Hollowell J, Kurinczuk JJ. Transfers of women planning birth in midwifery units: data from the birthplace prospective cohort study. *BJOG* 2012 Aug; 119(9):1081-90.
- [10] Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, Brocklehurst P, *Birthplace* in England Collaborative Group. 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 Apr 18;344:e2292.
- [11] Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative *versus* conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;8:CD000012.
- [12] Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. Freestanding midwifery units *versus* obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? *BMC Public Health* 2012 Jun 22;12:478. doi: 10.1186/1471-2458-12-478.
- [13] Bauer S, Kötter C. Fachgebietsleiterin "Klinische Anwendung" im Bereich Evidenzbasierte Medizin, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2013 Feb;217(1):14-23.
- [14] Gaudineau A, Sauleau EA, Nisand I, Langer B. Obstetric and neonatal outcomes in a home-like birth centre: a case-control study. *Arch Gynecol Obstet* 2013 Feb;287(2).
- [15] Everly MC. Facilitators and barriers of independent decisions by midwives during labor and birth. *J Midwifery Womens Health* 2012 Jan-Feb;57(1):49-54.
- [16] Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, Dixon L, Herbison P. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth* 2011 Jun;38(2): 111-9.
- [17] Hyde MJ, Modi N. The long-term effects of birth by caesarean section: the case for a randomised controlled trial. *Early Hum Dev* 2012 Dec;88(12):943-9
- [18] Human rights <https://www.change.org/petitions/human-rights-violations-in-european-maternity-care> dernier accès 24/09/13.
- [19] Rapport Euro-PERISTAT données 2010 <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%202V2.pdf> pp 93.

