

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS  
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**Tome XXII  
publié le 2.12.1998**



*VINGT-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 1998*

# ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN OBSTÉTRIQUE

M. GAMERRE\*, B. GUIDICELLI, S. OLIVIER  
G. PORCU, D. COHEN, M. COMBE

Marseille

En obstétrique, la recherche d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle est souhaitable pour des raisons médicales, psychosociales et économiques. Le suivi médical souvent d'assez longue durée permet le maintien à domicile de patientes enceintes auprès de leur famille avec une meilleure prise en charge psychologique et un soutien social plus efficace, l'espoir d'une plus grande efficacité dans la lutte contre la prématurité, et une diminution des coûts de plus en plus élevés de l'hospitalisation dite traditionnelle.

La mise en route d'une telle politique nécessite des moyens en personnel et en matériel, une équipe médicale responsable et centralisatrice des données, une évaluation de la qualité des soins et de leur efficacité afin d'évaluer les résultats d'une telle surveillance.

Les alternatives à l'hospitalisation en obstétrique reposent sur deux orientations, psychosociale et économique, apparemment parallèles, mais dont les finalités se rejoignent :

– sur le plan psychosocial : l'intérêt d'une prise en charge ou d'une surveillance à domicile est évident, surtout dans un contexte socio-économique défavorisé (proximité de l'environnement familial);

\* Hôpital de la Conception – 147 boulevard Baille  
13385 MARSEILLE CEDEX 05

– sur le plan économique : l'intérêt est probablement évident par rapport à l'hospitalisation traditionnelle en tenant compte néanmoins d'une évaluation rigoureuse des besoins et d'une limitation des risques de surconsommation [1].

Trois périodes peuvent être individualisées : la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Si un consensus est en partie établi sur la grossesse et les suites de couches, par contre, l'accouchement à domicile reste l'objet apparemment justifié de nombreuses réticences sur le plan de la sécurité de la mère et de l'enfant.

## I. SURVEILLANCE DES GROSSESSES À RISQUE

### A. L'hospitalisation de jour (HDJ)

Cette structure est bien établie mais pas toujours utilisée à bon escient : elle doit permettre de pratiquer en un temps limité un certain nombre d'explorations : courbes de TA, bilans sanguins, échographie doppler, monitorages, consultations obstétricales.

Mais l'hospitalisation de jour doit, selon les directions ministérielles et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, concerner des patientes enceintes dont l'état de santé justifie une surveillance en milieu hospitalier de par la qualité des soins et des examens pratiqués non réalisables dans le cadre de soins externes, nécessitant une organisation spécifique.

Ainsi, une exploration simple à visée diagnostique composée d'un ou plusieurs examens non complexes ne justifie pas à elle seule l'hospitalisation, même partielle, chez une femme enceinte parfaitement ambulatoire. La plupart de ces examens peuvent être pratiqués en soins externes, permettant à l'équipe médicale obstétricale ou pluridisciplinaire de prendre, après une synthèse, une éventuelle décision thérapeutique adaptée.

La mise en place d'un hôpital de jour, avec le nombre de lits réservés à cet usage, n'est possible qu'avec l'accord de la DDASS. La structure de l'hôpital de jour fonctionne 5 jours par semaine avec son propre personnel et matériel. Le forfait d'hospitalisation est sensiblement identique à celui d'une hospitalisation traditionnelle ; il n'y a donc pas de réduction du coût et il peut y avoir risque de surconsommation.

Il faut donc veiller à son utilisation bien répartie et donc à sa rentabilité en tenant compte que le coût horaire d'une hospitalisation de jour est 4 fois plus important que pour une hospitalisation traditionnelle [44].

## B. L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile représente l'alternative la plus séduisante à l'hospitalisation traditionnelle. Elle réunit idéalement l'intérêt psychologique (confort moral et matériel des gestantes) et économique (coût de la journée inférieur au coût de journée en hospitalisation traditionnelle).

Son organisation au niveau départemental dépend de la DDASS et des Caisses d'Assurance Maladie. Afin d'assurer la sécurité des patientes et de leur fœtus, il est pourtant impératif d'instaurer un système de responsabilité administrative (le Directeur de l'hôpital centralisateur) et médicale. Cette dernière est plus difficile à définir en raison de la multiplicité du personnel médical engagé dans la surveillance (médecin hospitalier prescripteur de l'HAD, sage-femme assurant effectivement l'HAD et médecin traitant de la patiente dont la collaboration est souhaitable).

Pour être efficace, le service d'hospitalisation à domicile assuré par les sages-femmes hospitalières doit être fonctionnel 24 h sur 24, week-ends et jours fériés inclus, en relation directe avec la structure hospitalière, afin d'assurer des soins coordonnés et continus.

Il se pose donc le problème du personnel attaché à son fonctionnement, du nombre de lits ouverts, des déplacements des sages-femmes, des conditions matérielles à leur disposition et de la responsabilité des intervenants.

L'HAD est gérée par le Secteur Public, la responsabilité du personnel entre dans le cadre de la responsabilité générale d'un Service Public sous la dépendance du praticien hospitalier, Chef de Service. Trois postes de sages-femmes sont nécessaires pour cinq places d'HAD.

La structure est efficace dans la mesure où toutes ces difficultés de mise en place ont été assumées, comme le montrent les structures de ce type actuellement en activité.

L'HAD concerne essentiellement la surveillance des menaces d'accouchements prématurés. Cette pathologie fréquente de la femme enceinte nécessite le plus souvent des hospitalisations prolongées et cela d'autant plus que la menace est survenue tôt pendant la grossesse.

La prise en charge initiale est effectuée en hospitalisation traditionnelle (tocolyse intraveineuse et bilan de la menace d'accouchement prématuré). Mais rapidement, la patiente relève essentiellement d'un repos strict au lit, aidé d'une prescription médicamenteuse plus légère et d'une surveillance rapprochée de l'activité utérine et de la vitalité fœtale.

Cette deuxième phase du traitement, indispensable à la poursuite de la grossesse jusqu'à la période de maturité fœtale (36 SA), peut bénéficier transitoirement d'une hospitalisation à domicile. Elle nécessite alors la visite à domicile quotidienne (ou biquotidienne) d'une sage-femme qui, outre l'enregistrement du RCF et de l'activité utérine, réalise les bilans san-

guins et urinaires éventuels et s'assure de l'observance du traitement prescrit.

La durée moyenne de l'HAD peut être éminemment variable, allant de quelques jours à plusieurs mois, avec une moyenne prévisible de 15 à 20 jours. Cette durée peut avoir tendance à être « surévaluée » chez des patientes inquiètes, dont la guérison ne sera, en fait, obtenue que lors de l'accouchement.

Il faut donc rester vigilant quant aux risques de surconsommation. En effet, l'HAD ne se justifie que si la pathologie présentée par la gestante nécessite obligatoirement la présence quotidienne d'un personnel infirmier, d'une sage-femme ou d'un médecin. Dans la plupart des cas, une simple surveillance à domicile, 2 à 3 fois par semaine suffit à la poursuite de la grossesse avec le minimum de risques pour la gestante et le fœtus.

En fait, la plupart des essais contrôlés randomisés évaluant l'efficacité réelle de la surveillance à domicile sont en faveur surtout du soutien psychosocial apporté, sans mise en évidence de bénéfices évidents de la surveillance médicale proprement dite (Bryce, Oaklen, Olds, Villar) [46].

Les essais français d'évaluation des bénéfices de la surveillance médicale à domicile des grossesses pathologiques (Blondel, Spira, Mellier) n'ont pas prouvé de réelle efficacité concernant en particulier la lutte contre la prématurité; elles témoignent néanmoins d'un meilleur bien-être psychologique, d'une satisfaction des patientes et des familles, d'une meilleure compréhension de la pathologie présentée, d'une meilleure implication familiale avec une amélioration du soutien de l'entourage, d'une diminution du nombre des consultations hospitalières, mais sans influence sur la réduction réelle de la durée de l'hospitalisation [60].

Il se pose donc le problème de l'organisation de ces visites : nombre suffisant de visites, contenu de ces visites, ciblage de la population concernée avec un bénéfice évident chez les femmes enceintes vivant dans un contexte social défavorable, souvent isolées, avec un environnement défavorable ou déficient [45].

L'intérêt d'un soutien social est donc évident avec la possibilité d'un bénéfice immédiat pendant la grossesse mais aussi après la naissance, dans l'évolution ultérieure des enfants et les relations Parents-Enfants avec la diminution du risque de maltraitance (Olds) [46, 48].

### **C. La surveillance à domicile**

La surveillance à domicile par une sage-femme PMI ou libérale assure un suivi de bonne qualité et d'une remarquable souplesse. Elle peut être mise en place soit directement dès la reconnaissance d'une situation à risque

(grossesse multiple, antécédent de dysgravidie...), soit comme relais à une hospitalisation traditionnelle [2].

La sage-femme assure les gestes indispensables et systématiques chez toute gestante : prise de la tension artérielle, vérification de l'absence de sucre et d'albumine dans les urines au moyen de bandelettes réactives, présence des bruits du cœur, palpation et mesure de l'utérus, prise de poids. Dans la mesure où elle est équipée d'un monitoring portatif, elle peut également enregistrer le RCF et l'activité utérine. Le toucher vaginal n'est pas systématique, uniquement orienté par la clinique. Cette surveillance hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire, voire quotidienne, est constamment réévaluée par la sage-femme en collaboration étroite avec le médecin prescripteur.

Elle permet également un soutien psychologique souvent nécessaire chez des patientes pour lesquelles une intensification de la surveillance prénatale peut être source d'angoisse supplémentaire. Enfin, la sage-femme peut profiter de ses visites pour réaliser les séances de préparation à l'accouchement. Tous ces actes sont codifiés et, qu'ils soient effectués par une sage-femme libérale ou PMI, sont pris en charge par la Sécurité Sociale dès lors que la gestante est en situation régulière vis-à-vis de cet organisme.

La surveillance à domicile est intégrée dans la prise en charge prénatale de la grossesse depuis plus de 10 ans dans de nombreux pays européens, et de nombreuses études ont tenté d'évaluer son efficacité en termes de taux d'accouchement prématuré [3], poids de naissance, fréquence et durée des hospitalisations. Les résultats sont contradictoires. Ainsi, s'il semble que la surveillance à domicile ne diminue pas les hospitalisations et rarement la durée de celles-ci, vraisemblablement parce que la surveillance dépiste plus d'anomalies, les effets bénéfiques se placent plutôt au niveau de la détection plus précoce de ces anomalies, ou de leur récurrence, et donc d'un traitement plus efficace. Néanmoins, d'autres études ne montrent aucune différence entre le groupe monitoré et le groupe contrôle, en termes d'issue de la grossesse, suggérant qu'un certain nombre d'hospitalisations s'avère, a posteriori, non indispensable. En revanche, la plupart des études soulignent l'excellente acceptabilité du système et la satisfaction des patientes qui considèrent cette forme de soins comme répondant le mieux à leurs besoins [47, 51, 60].

#### **D. Le télémontage obstétrical (TMO)**

L'enregistrement du RCF reste l'examen indispensable à la détection de la souffrance fœtale chronique ou aiguë. Ce monitoring fœtal est habituellement réalisé grâce à des appareils plus ou moins volumineux, certains portatifs et utilisés alors pour les visites à domicile. Depuis les années

1980 ont été mis au point des systèmes de transmission téléphonique de l'enregistrement du RCF effectué par la patiente elle-même [11, 12, 13, 14, 15].

Le matériel utilisé se compose, d'une part, d'une valise d'enregistrement, avec un capteur des bruits du cœur que la patiente place elle-même sur son utérus et un réceptacle prévu pour recevoir le combiné téléphonique et transmettre ainsi l'information et, d'autre part, à l'autre extrémité de la ligne téléphonique se trouve un ordinateur connecté à un écran et à une imprimante.

La patiente essaie d'obtenir le meilleur signal sonore du RCF, débute alors l'enregistrement pour une durée de 30 mn. Un contact téléphonique est alors établi entre la patiente et la maternité. La patiente donne un certain nombre d'informations cliniques (signes fonctionnels éventuels, compte des mouvements actifs fœtaux, et autres éléments d'auto-surveillance souvent réalisables à domicile : prise de la tension artérielle, protéinurie et glycosurie). Puis, la transmission de l'enregistrement est effectuée par la pose du combiné téléphonique sur le réceptacle de la valise. L'enregistrement apparaît sur l'écran de l'ordinateur situé à la maternité, il est interprété par la sage-femme et imprimé.

Les patientes les plus susceptibles de bénéficier de ce système sont, d'une part, les femmes ayant dans leurs antécédents un accident obstétrical (notamment mort fœtale in utero) et qui ne présentent, pour la grossesse actuelle, aucune pathologie — ces patientes subissent des hospitalisations systématiques de fin de grossesse, le plus souvent inutiles — et, d'autre part, les patientes ayant eu une pathologie au cours de la grossesse (hypertension artérielle, retard de croissance intra-utérin, diabète...), dans la mesure où cette pathologie est parfaitement bilantée, documentée et stable. Ainsi, la patiente doit être dans une situation clinique où l'on ne craint pas une décision urgente nécessitant sa présence à l'hôpital.

Enfin, il est impératif de s'assurer de la bonne collaboration de la patiente et de son aptitude à faire fonctionner parfaitement le dispositif.

L'étude de Dawson, [4, 12] en analysant le suivi d'un groupe bénéficiant du télémonitoring et d'un groupe contrôle, confirme l'hypothèse qu'une politique classique, comprenant une surveillance fœtale par monitoring transmis par téléphone, peut réduire de façon notable le nombre et la durée des hospitalisations.

Toutefois, il est important de bien cerner les indications afin d'éviter une surveillance, certes simple, mais coûteuse, à des patientes qui n'en auraient aucun bénéfice et, par ailleurs, de maintenir à domicile des patientes qui relèvent d'une hospitalisation traditionnelle.

Depuis la fin des années 1980, il est également possible de transmettre par téléphone un enregistrement de l'activité utérine [62].

Le système utilisé est équivalent et repose sur les mêmes principes que le télémonitoring fœtal. L'intérêt de ce mode de surveillance dans la prévention de la prématurité n'est pas établi et ne semble pas supérieur à la prise en charge à domicile d'une population à risque, ni même à l'auto-surveillance par palpation utérine d'une patiente bien informée [5, 6, 16, 62].

En fait, la place des systèmes de transmission téléphonique simultanée du RCF et de l'activité utérine est encore à définir dans la surveillance des grossesses à risque. Toutefois, en aucun cas, une telle auto-surveillance à domicile — et cela quel que soit son degré de sophistication — ne devra être instaurée en l'absence d'une stratégie globale incluant des consultations, des bilans en hospitalisation de jour, voire des séjours en hospitalisation traditionnelle.

Reste le problème du coût du matériel et de sa prise en charge par la Caisse d'Assurance Maladie.

## L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

L'accouchement à domicile a été pratiqué largement et communément jusque dans les années 1950, en France et dans le monde entier. Puis le souci d'assurer une meilleure prise en charge materno-fœtale et de réduire les taux de morbidité et de mortalité chez la mère et l'enfant, a entraîné un déplacement du lieu d'accouchement de la maison à l'hôpital. Pourtant, à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle, les accouchements hors maternité n'ont pas disparu. Certains sont volontaires et sont le fait des adeptes de « l'accouchement naturel » qui désirent un acte moins médicalisé. Les autres sont accidentels et liés souvent à des conditions sociales défavorisées.

Les deux groupes ne peuvent pas être comparables :

– Le premier groupe accepte le principe d'un suivi médical et, en général, est constitué de grossesses apparemment normales, même si les risques encourus lors du travail et de l'accouchement ne sont pas toujours parfaitement assimilés et prévisibles ;

– Le second groupe, en revanche, comporte essentiellement des grossesses non ou mal suivies, dont le pronostic néo-natal est inévitablement plus péjoratif en raison, d'une part, de la non-reconnaissance des facteurs de risque et, d'autre part, du caractère accidentel de l'accouchement en l'absence de prise en charge néo-natale programmée.

Le pourcentage d'accouchements à domicile a régulièrement diminué depuis 1945.

Aux États-Unis, l'évolution est nette :

- En 1940, 44 % des naissances avaient lieu en dehors de l'hôpital ;
- En 1970, seules 0,5 % des naissances avaient lieu à domicile.

Il s'agissait essentiellement de femmes de bas niveau socio-économique, dont les grossesses étaient le plus souvent non suivies.

Puis, durant les années 1970, est apparu un courant d'opinion opposé à « l'hypermédicalisation » de l'accouchement et un certain nombre de femmes, parfois de classe « aisée », ont désiré accoucher à domicile, avec l'aide d'une sage-femme. Les dernières statistiques annoncent moins de 40 000 naissances annuelles extra-hospitalières (environ 1 % des naissances, dont 0,2 % de naissances accidentelles), nombre stable ces 10 dernières années [19, 31].

Au Canada et en Suisse, les autorités médicales estiment que 30 % des femmes avec une grossesse considérée à faible risque peuvent être transférées dans une structure hospitalière si elles accouchent à domicile. Étant donné qu'il n'existe pas de système de transport organisé et toujours disponible, les accouchements hors maternité sont estimés inutilement dangereux [20, 32].

En France, les seules données statistiques concernent les naissances accidentelles prises en charge par les unités de SAMU ou des pompiers. La moyenne nationale des accouchements hors maternité est de l'ordre de 5 pour 1 000 naissances (0,5 %). Néanmoins, il semble que 1 000 à 2 000 naissances annuelles soient programmées à domicile en France contre 20 000 en 1971 [25].

L'évolution est donc identique dans la quasi-totalité des pays industrialisés, sauf en Hollande où l'accouchement à domicile est institutionnel et de pratique courante. Au début des années 1970, le pourcentage d'accouchements à domicile était de l'ordre de 50 % et, depuis 1978, il s'est stabilisé aux alentours de 35 % par an [27, 28, 53, 56, 57, 67].

## **Politique d'accouchement à domicile**

Le système obstétrical hollandais est unique en raison du nombre élevé de naissances à domicile qu'il autorise et de la fréquence relativement faible des interventions médicales en rapport avec cette pratique. La majorité des femmes est suivie par une sage-femme libérale pendant la grossesse (10 à 14 consultations prénatales). Environ 43 % des accouchements sont effectués par une sage-femme et autant par un obstétricien, contre 13 % par un médecin généraliste. Les sages-femmes et/ou médecins généralistes ont libre accès aux structures hospitalières ; en conséquence, bien qu'elles puissent librement choisir leur mode d'accouchement, les parturientes peuvent être influencées par les préférences de la sage-femme ou du généraliste. Néanmoins, ceux-ci doivent adresser les parturientes à l'obstétricien en cas

de problème médical ou obstétrical, conformément à une liste consensuelle officielle [29].

Toutefois, si la femme choisit d'accoucher à l'hôpital sans qu'il y ait d'indication médicale, elle devra s'acquitter d'un surcoût de 360 florins (un peu plus de 1 000 FF), correspondant à l'utilisation de la salle d'accouchement. En effet, le coût total des dépenses obstétricales a été estimé à 2 800 florins (environ 7 900 FF) pour une naissance à domicile et à 3 200 florins (environ 8 900 FF) pour un accouchement réalisé par une sage-femme en milieu hospitalier.

La réévaluation permanente du risque par la sage-femme ou le médecin est possible tout au long de la grossesse et pendant le travail, aidé par des structures de transport rapide (conditions géographiques favorables) permettant le transfert en milieu hospitalier en cas d'urgence.

Ainsi, lors d'une étude sur 100 primipares présentant une grossesse à faible risque, dans la région d'Amsterdam :

- 39 femmes (23 %) ont été transférées avant le travail pour pathologie (siège, HTA, menace d'accouchement prématuré, postmaturité, retard de croissance, placenta praevia) ;

- 50 femmes ont été transférées pendant le travail (30 %) pour non progression de la dilatation ou de la présentation, liquide amniotique teinté ou anomalies du rythme cardiaque fœtal à l'auscultation (dont une proci-dence du cordon) ;

- 11 femmes ont été transférées après l'expulsion (6,5 %) pour déchirures périnéales graves, rétention placentaire (4 dont 2 hémorragiques) ou raison néo-natale.

Au total, près de 60 % de ces femmes désireuses d'accoucher à domicile et suivies pour une grossesse apparemment normale, ont été transférées avant, pendant ou après le travail. Finalement, 35 % des accouchements sont effectivement gérés entièrement à domicile, avec des résultats néo-nataux satisfaisants.

Ainsi, en Hollande, la mortalité périnatale ne cesse de diminuer, inférieure à 10 ‰.

Ce taux est un des plus bas d'Europe, à peine supérieur à celui de la Suède.

Selon les statistiques fournies par la *Maternity Home Aid Organization*, les accouchements à domicile ont un taux de mortalité périnatale (1,4 ‰) inférieur au taux national pendant la même période (9,4 ‰), mais le biais de sélection est évident.

L'étude Wormerveer publiée en 1989 s'est intéressée à l'efficacité des soins apportés par des sages-femmes libérales dans la région d'Amsterdam auprès de 7 980 parturientes sur une durée de 14 ans (8 055 enfants nés à domicile) [30].

Un des objectifs de l'étude était d'évaluer la procédure de sélection des patientes et leur répartition dans un groupe à haut ou à faible risque obstétrical. Sur un total de 89 morts périnatales, 15 (soit 17 %) étaient issues des femmes classées dans le groupe à faible risque, les 74 autres (83 %) sont nés du groupe de femmes à haut risque, soit 18 % des patientes.

Le taux global de mortalité périnatale est donc de 11 ‰, mais le taux de convulsions dans les 48 premières heures de vie était de 9 ‰, nettement supérieur au taux national (1,7 ‰).

Ces résultats, comme ceux d'autres études, américaines, canadiennes ou françaises, soulignent la difficulté de classer les femmes, avant l'issue de la grossesse, dans des groupes à faible ou à haut risque. Il apparaît donc qu'un tableau clinique rassurant n'exclut en aucune façon la survenue de complications au cours ou au décours de l'accouchement (30 % des grossesses à faible risque), la plupart de ces complications ne pouvant être traitées, voire parfois même diagnostiquées, à domicile.

En effet, les méthodes d'investigation plus sophistiquées, telles que l'exploration ultrasonore ou la cardiotocographie, ne font pas partie des moyens d'appréciation des sages-femmes lors de la surveillance de la grossesse ou du travail. Certains pensent que le monitoring fœtal chez les femmes à faible risque peut conduire à des interventions inutiles. Ainsi, dans une étude récente avec randomisation de 1428 femmes en 2 groupes (RCF continu contre auscultation intermittente), la surveillance systématique du rythme cardiaque fœtal pendant toute la durée du travail dépiste un nombre plus grand d'anomalies (23 % contre 10 %), ce qui entraîne un taux d'extractions fœtales supérieur (11,2 % contre 4,8 %). En revanche, le taux de mortalité périnatale était de 2,6 ‰ dans le groupe avec monitoring continu contre 13 ‰ dans le groupe avec simple auscultation intermittente [34, 35].

Quoi qu'il en soit, l'expérience hollandaise a fait la preuve de la faisabilité d'un système de soins qui combine un bon degré de professionnalisme du personnel soignant avec une incidence faible des interventions médicales, dès lors que la grossesse et le travail se sont déroulés normalement, avec toutefois un taux de transferts vers l'hôpital important (60 %).

Ce système de soins persistera-t-il ? Est-il reproductible dans d'autres pays ? À l'heure actuelle, le mouvement qui s'oppose à la surmédicalisation des naissances s'étend à plusieurs autres pays : Grande-Bretagne, États-Unis et Canada notamment [63].

Dans ces deux derniers pays ont été mis en place des systèmes intermédiaires entre l'hôpital et l'accouchement à domicile : la « chambre d'accouchement », située le plus souvent dans un bâtiment indépendant, mais dans l'enceinte de l'hôpital, et essayant de reproduire le confort d'une

habitation. Son aménagement peut être personnalisé par la patiente et son conjoint, avec une surveillance clinique et la possibilité de transfert en salle d'accouchement traditionnelle en cas de besoin [36, 37]. Ce mode d'accouchement est en cours d'évaluation en Grande-Bretagne.

Enfin, il existe également le « pavillon de naissances », annexé ou non à l'hôpital, et qui comporte une pièce prévue pour la femme et sa famille, pendant la durée du travail et les 24 premières heures du post-partum [26].

### **Accouchement à domicile accidentel**

Le bilan de l'accouchement à domicile accidentel ne peut, en aucune façon, être comparé à celui de l'accouchement programmé à domicile. Les conclusions de toutes les études sont catégoriques : augmentation des risques de morbidité et mortalité des enfants, et cela, quels que soient leur âge gestationnel et leur poids de naissance [18, 22, 23].

L'incidence de ces naissances inopinées hors maternité est de l'ordre de 5 ‰ en France, 2,25 ‰ aux États-Unis et 4,4 ‰ au Royaume-Uni.

À Marseille, 291 accouchements hors maternité ont pu être comptabilisés sur 4 ans (1988-1991), soit 4,3 pour mille naissances. Ce taux est toutefois en nette augmentation, 5,4 ‰ en 1991 contre 2,9 ‰ en 1988. La population maternelle se compose de 288 femmes (3 d'entre elles ont accouché à domicile, 2 fois consécutivement), âgées de 16 à 42 ans (âge moyen : 27,5 ans); 20 % seulement sont nullipares (parité moyenne : 2,80) et 51 % sont d'origine étrangère, avec une nette majorité de Maghrébines; 74 grossesses (25 %) ne sont pas suivies (moins de 2 consultations prénatales), ignorées ou cachées. Les conditions socio-économiques sont précaires dans près de 60 % des cas, expliquées, en partie, par la forte proportion de migrantes, souvent sans travail ou exerçant une activité professionnelle peu qualifiée, demeurant dans des logements de confort médiocre (20 % des accouchements hors maternité ont eu lieu dans le 15<sup>e</sup> arrondissement de Marseille, le plus peuplé et le premier en terme de taux de chômage). L'absence fréquente de téléphone, de voiture, l'insuffisance des transports en commun imposant des horaires incompatibles avec l'urgence, des cabines téléphoniques malheureusement victimes de la petite délinquance, fréquente dans les grands ensembles, expliquent que la femme se retrouve souvent seule et dépourvue lorsque le début du travail s'annonce [24, 40].

La majorité des accouchements hors maternité est réalisée à domicile (87 %) contre 13 % sur la voie publique ou pendant le transport. Par ailleurs, seulement 31 % s'effectuent en présence des secours (Marins

Pompiers de Marseille assurant le Service Médical d'Urgence). En effet, l'alerte est donnée, le plus souvent, trop tard, dans 50 % des cas après l'accouchement.

Aussi, quels que soient les antécédents maternels, il s'agit toujours d'un accouchement par voie basse, sans aucune manœuvre instrumentale. Treize déchirures périnéales (4 %) ont été signalées et 9 hémorragies de la délivrance (3 %) ont nécessité une prise en charge rapide avec remplissage. Enfin, dans 97 % des cas, il s'agissait heureusement d'une présentation céphalique.

La population infantile comprend 293 enfants (2 grossesses gémellaires) pesant en moyenne 2960 g (extrêmes : 840-4250). Le taux de prématurité (< 37 SA) est de 19 %, dont 4 % de grande prématurité (< 32 SA) et 18 enfants (6 %) pesaient moins de 2000 g. L'état de l'enfant à la naissance est rassurant dans 90 % des cas (Apgar > 7), inquiétant dans 6 % (Apgar compromis entre 3 et 7), et 12 enfants (4 %) sont nés en état de mort apparente (Apgar < 3). 48 nouveau-nés sont transférés, dont 12 (4 %) en Unité de Réanimation Néonatale et 36 (12 %) en Service de Néonatalogie.

Le taux de mortalité néo-natale est de 3,7 %, dont 1 % de décès immédiat et 2,7 % de mort après le transfert.

Ces résultats ne sont ni surprenants, ni nouveaux. Toutes les études françaises ou étrangères sur les accouchements inopinés hors maternité soulignent le risque médical non négligeable qu'il fait planer sur la mère et son enfant. La mortalité néo-natale est multipliée par 5, liée essentiellement à la prématurité et au petit poids de naissance. De même, le fort taux de morbidité néo-natale est constamment rapporté, un enfant naissant à domicile ayant 6 fois plus de risques d'être hospitalisé dans un service spécialisé qu'un autre nouveau-né, alors que la morbidité néo-natale des enfants ayant bénéficié d'un transport anténatal est deux fois moindre [33].

Enfin, un accouchement hors maternité est globalement plus coûteux que celui réalisé dans une structure spécialisée, en raison même de l'accouchement qui nécessite l'intervention de moyens médicaux et paramédicaux importants [41]. Si certaines motivations des partisans de l'accouchement à domicile sont compréhensibles, celui-ci comporte, dans les conditions actuelles en France, un risque pour la mère et l'enfant plus élevé. La mise en place d'un système comparable à celui de la Hollande ne paraît ni envisageable, ni souhaitable à ce jour dans notre pays [42].

## LA SORTIE PRÉCOCE DES ACCOUCHÉES (SO.PRE.A) EN POST-PARTUM

Dans la plupart des cas, l'hospitalisation ou le retour précoce à domicile au moment de l'accouchement est bien acceptée par la jeune mère. C'est une période de repos, l'occasion pour la femme de recevoir des visites, de récupérer de la fatigue de la grossesse et de l'accouchement et, surtout, une période d'apprentissage des soins de l'enfant par un personnel compétent et disposé.

Cependant, parfois, cette hospitalisation est mal vécue, essentiellement lorsque la femme laisse à la maison une situation qui lui donne des inquiétudes. Les avantages d'une hospitalisation à domicile sont alors évidents : séparation moins longue de l'accouchée avec le milieu familial et les autres enfants, meilleur repos à domicile qu'à l'hôpital (bruits la nuit, horaires imposés des soins et du ménage), dépistage des problèmes sociaux par une meilleure connaissance du contexte psychologique, social et familial (possibilité de dépistage de la maltraitance des enfants).

Pour envisager un retour précoce après 48 ou 72 heures, certaines règles doivent pourtant être respectées : désir de la mère, accouchement eutocique par voie basse, apyrexie et bonne involution utérine, multipares ayant déjà l'expérience du post-partum et des nouveau-nés à terme et dont l'alimentation (maternelle ou artificielle) est bien démarrée.

Le suivi à domicile peut être aussi intéressant en cas de retour relativement précoce à domicile (5-6 J) après accouchement par césarienne [59].

La surveillance à domicile est assurée par une sage-femme, une fois par jour pendant les 5 à 10 jours qui suivent la sortie. Ce rythme peut être réajusté en fonction des constatations faites au moment des visites (allaitement difficile, soins périnéaux, « *baby-blues* »...), mais en évitant les risques de surconsommation. Les soins proposés seront identiques à ceux délivrés à l'accouchée hospitalisée : toilette vulvaire, état de la suture périnéale en cas d'épisiotomie, surveillance des paramètres (pouls, température, tension artérielle), surveillance des seins, dépistage des anémies, des risques thromboemboliques et infectieux.

Le suivi de l'enfant (alimentation, prise de poids, état général, aspect des selles) est également assuré par la sage-femme. Celle-ci peut, en cas de besoin, faire appel au médecin traitant, aux services sociaux, aux puéricultrices du secteur ou aux pédiatres.

Le recours à ce mode de surveillance du post-partum est parfois une nécessité pour certaines maternités dont le nombre de lits est non seulement limité, mais rapidement saturé. Elle pose des problèmes de prise en charge. En effet, les visites à domicile d'une sage-femme dans le post-partum ne sont remboursées que lorsqu'il a été établi un certificat de suites de couches pathologiques.

Enfin, d'autres bénéfices liés à la réduction de la durée de l'hospitalisation traditionnelle peuvent être envisagés tels la prévention des infections nosocomiales et une diminution des coûts de l'hospitalisation [58].

L'absence de réhospitalisation est en faveur de la sécurité de cette prise en charge et de ses bonnes indications [68].

**Bibliographie**

1. Twaddle S, Harper V. An Economic evaluation of day care in the management of hypertension in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*, 1992; 99: 459-63.
2. Spira N, Audras F, Chapel A, Debuison E, Jacquelin J, Kirchhoffer C et al. Surveillance à domicile des grossesses pathologiques par les sages-femmes. Essai comparatif contrôlé sur 996 femmes. *J. Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1981; 10: 543-8.
3. Blondel B, Breart G, Llado J, Chartier M. Evaluation of the home visiting system for women with threatment preterm labour: results of a randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol*, 1990; 34: 47-58.
4. Dawson AJ, Middemiss C, Coles EC, Gough NAJ, Jones Maitre. A randomized study of a domiciliary antenatal care scheme: the effect on hospital admissions. *Br J Obstet Gynaecol*, 1989; 96: 1319-22.
5. Iams JD, Jonhson FF, O'Shaughnessy RW. A prospective random trial of home uterine activity monitoring in pregnancies at increased risk of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol*, 1988; 159: 595-603.
6. Hill WC, Fleming AD, Martin RW, Hamer C, Knuppel Ran Lake MF et al. Home uterine activity monitoring is associated with a reduction in preterm birth. *Obstet Gynecol*, 1990; 76: 13-8.
7. Bryce RL, Stanley FJ, Ganner JB. Randomized controlled trial of antenatal social support to prevent perterm birth. *Br J Obstet Gynaecol*, 1991; 98: 1001-8.
8. Blondel B, Breart G, Berthoux Y, Berland M, Weillr G, Rudigoz RC et al. Home uterine activity monitoring in France: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 1992; 167: 424-9.
9. Morisson JC, Martin JN, Martin RW, Gookin KS, Wisner WL. Prevention of preterm birth by ambulatory assessment or uterine activity: a randomized study. *Am J Obstet Gynecol*, 1987; 156: 536-43.
10. Blondel B, Breart G. Home visits for pregnancy complications and management of antenatal care: overview of three randomized controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol*, 1992; 99: 283-6.
11. James D, Paralta B, Ponter S, Darvill D, Walker J, Mc Call M et AL; Fetal heart rate monitoring by telephone; II: Clinical experience in four centers with a commercially produced system. *Br J Obstet Gynaecol*, 1988; 95: 1024-9.
12. Dawson AJ, Middlemiss C, Jones EM, Gough NA. Fetal heart rate monitoring by telephone. I. Development of an integrated system in cardiff. *Br J Obstet Gynaecol*, 1988; 95: 1018-23.
13. Uzan S, Uzan M, Salat-Baroux J, Sureau C. Autosurveillance à domicile de certaines grossesses à risque. *Rev Prat*, 1989; 39: 2441-2.
14. Dalton KJ, Dawson AJ, Gough NAJ. Long distance telemetry of fetal heart rate from patient homes using the public telephone network. *Br Med J*, 1983; 286: 1545.
15. Pons JC, Chave C, Benifla JL, Diochin P, O'Donovan F, Papiernik E. Monitoring ambulatoire et transmission téléphonique de l'activité utérine. Etude préliminaire sur l'évaluation du système TOKOS. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1988; 17: 1031-6.
16. Katz M, Gill PJ. Initial evaluation of an ambulatory system for home monitoring and transmission of uterine activity data. *Obstet Gynecol*, 1985; 66: 273-7.
17. Pearse WH. Parturition: places and priorities. *Am J Public Health*, 1987; 77: 923-4.
18. Harper RG, Seaton E, Spinazzola R, Schell JC. Unexpected, unattended deliveries. *NY State J Med*, 1990; 90: 330-1.
19. Brown RA. Miwifery and home birth: an alternative view. *Can Med Assoc J*, 1987; 137: 875-7
20. Pellet B. Accouchement hospitalier ou ambulatoire: il n'y a plus de place pour l'accouchement à domicile ! *Rev Med Suisse-Romande*, 1989; 109: 468-70.
21. Hercé C, Gaillard, Metadier D, Juvin AM, Roujas F, Huguenard P. Les accouchements hors maternité. Etude prospective sur 5 ans à propos de 150 cas. *Arch Fr Pediatr*, 1986; 43: 513-6.

22. Barbier ML, Sanchez P, Cortesi C, Chabernaud JL, Dargols A, Fevrier YM et al. Naissances inopinées à domicile en Ile-De-France. *Rev SAMU*, 1990; 2: 69-74.
23. Prudhomme M, Barbier ML, Fleury M. Accouchements inopinés hors maternité dans le département de la Seine-Saint-Denis. *J Eur Urgences*, 1991; 4: 71-9.
24. Menard C. Accouchements inopinés hors maternité: à propos de 161 cas à Marseille de 1989 à 1991. Thèse de Médecine, Aix-Marseille, 1993.
25. Frandin K. L'accouchement à domicile en 1990. Les Dossiers de l'Obstétrique, 1992; 182: 20.
26. Janssens M. L'accouchement à la carte. *Impact Médecin*, 1991; 137: 6-8.
27. Treffers PE, Eskes M, Kleiverda G, Van Alten D. Home birth and minimal medical interventions. *JAMA*, 1990; 264: 2203-8.
28. Butter I, Lapre R. Obstetric care in the Netherlands: manpower substitution and differential costs. *Int J Health Plan Manag*, 1986; 1: 89-110.
29. Kleiverda G, Steen AM, Andersen I, Treffers PE, Everaerd W. Place of delivery in the Netherlands: actual location of confinement. *Eur J Obstet Reprod Biol*, 1991; 39: 139-46.
30. Von Alten D, Eskes M, Treffers PE. Midwifery in the Netherlands: the Wormerveer study: selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *Br J Obstet Gynaecol*, 1989; 96: 656-62.
31. Schramm WF, Barnes DE, Bakewell JM. Neonatal mortality in Missouri home births, 1987-1984. *Am J Public Health*, 1987; 77: 930-5.
32. Soderstrom B, Stewart PJ, Kaitell C, Chamberlain M. Interest in alternative birth-paces among women in Ottawa-Carleton. *Can Med Assoc J*, 1990; 142: 963-9.
33. Bourgin C, Tournaire M, Bréart G, Chavinie J. Pathologie périnatale après grossesse normale. *J Gyn Obstet Biol Reprod*, 1980; 9: 687-93.
34. Prentice A, Lind T. Fetal heart rate monitoring during labour: too frequent intervention, too little benefit? *Lancet*, 1987; 2: 1375-7.
35. Vintzileos AM, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzi I, Montgomery JT. A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstet Gynecol*, 1993; 81: 899-907.
36. Chapman MG, Jones M, Sping JE, De Swiet M, Chamberlain GV. The use of a birthing room: a randomized controlled trial comparing delivery with that in the labour ward. *Br J Obstet Gynaecol*, 1986; 93: 182-7.
37. Mac Vicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J. Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*, 1993; 100: 316-23.
38. Rooks J, Weatherby N, Ernst E, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A. Outcomes of care in birth centers. *N Engl J Med*, 1989; 321: 1804-11.
39. Bhoopalarm PS, Watkinson M. Babies born before arrival at hospital. *Br J Obstet Gynaecol*, 1990; 98: 57-64.
40. Perez A. Accouchements survenus accidentellement en dehors d'un service spécialisé à Marseille. A propos de 130 observations du bataillon de Marins-Pompiers de Marseille de 1986 à 1988. Thèse de Médecine, Aix-Marseille 1989.
41. Harris TR. Neonatal VS maternal transport: an analysis of dollar cost and mortality rates. *Clin Res*, 1975; 23: 149.
42. Hirsch G. Facteurs de risque et conséquences materno-fœtales des accouchements hors maternité. Thèse de Médecine, Paris VI, 1988.
43. Gaillard M, Hervé C, Milleret P. Épidémiologie des urgences gynéco-obstétricales. *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1989; 18: 707-13.
44. Zorn JR, Paniel BJ. Alternatives à l'hospitalisation. L'hôpital de jour en Gynécologie-Obstétrique. In: *Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*. Paris: Vigot, 1985: 243-257.
45. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, Hanks C, Cole R, Tabelbaum R, Mc Connochie KM, Sidora K, Luckey DW, Shaver D, Engelhardt K, James D, Barnard K. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *Jama*, 1997 Aug 27; 278 (8): 644-652.

## ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION EN OBSTÉTRIQUE

46. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 1997 Aug 27; 278 (8): 637-643.
47. Marcenko MO, Spence M. Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women: a randomized trial. *Am J Orthopsychiatry*, 1994 Jul; 64 (3): 468-478.
48. Olds D, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R. Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, 1995 Mar; 95 (3): 365-372.
49. Mc Farlane J, Wisst W. Preventing abuse to pregnant women: implementation of a «mentor mother» advocacy model. *J Community Health Nurs*, 1997; 14 (4): 237-249.
50. Seitz V, Apfel NH. Effects of a school for pregnant students on the incidence of low-birthweight deliveries. *Child Dev*, 1994 Apr; 62 (2 Spec N°): 666-676.
51. Dyson DC, Dande KH, Bamber JA, Crites YM, Field Docteur, Maier JA, Newman LA, Ray DA, Walton DL, Armstrong MA. Monitoring women at risk for preterm labor. *N Engl J Med*, 1998 Jan 1; 338 (1): 15-19.
52. Iorio M, Serafini P. Home delivery in Italy and the Netherlands. Experience and comparison. *Minerva ginecol*, 1997 Nov; 49 (11): 477-489.
53. Wieggers TA, Van Der Zee J, Keirse JM. Transfer from home to hospital: what is its effect on the experience of childbirth ? *Birth*, 1998 Mar; 25 (1): 19-24.
54. Wieggers TA, Van Der Zee, Kerssens JJ, Keirse MJ. Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands. *Soc Sci Med*, 1998 Jun; 46 (11): 1505-1511.
55. Durham RF. Strategies women engage in when managing preterm labor at home. *J Perinatol*, 1998 Jan; 18 (1): 61-64.
56. Germano E, Bernstein J. Home birth and short-stay delivery. Lessons in health care financing for providers of health care for women. *J Nurse Midwifery*, 1997 Nov; 42 (6): 489-498.
57. Kennedy W. Home birth: bringing it best options to the L&D. *Awhann lifelines*, 1998 Apr; 2 (2): 72.
58. Gagnon AJ, Edgar L, Kramer MS, Pageorgiou A, Waghorn K, Klein MC. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *Am J Obstet Gynecol*, 1997 Jan; 176 (1Pt1): 205-211.
59. Eakes M, Brown H. Home alone - meeting the needs of mothers after cesarean birth. *Awhonn lifelines*, 1998 Feb; 2 (1): 36-40.
60. Blondel R, Mellier G. Les visites à domicile pendant la grossesse. Revue des essais randomisés et questions soulevées. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1996; 25: 515-522.
61. Ruf H, Olivier s, Guidicelli B, Rigal C, Gamarre M, Kasbarian M. Alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 554-562.
62. Thoulon JM, Landrivo G, Berland M, Mellier G, Raudrant D, Rudigoz RC, Bradai R, Ollagnier V. Notre expérience et essai d'évaluation du télémonitorage obstétrical. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 563-567.
63. Thoumsin H, Lambotte H. L'accouchement à domicile est-il raisonnable ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 567-568
64. Romanens C. Hospitalisation à domicile en gynécologie-obstétrique : problèmes administratifs et économiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 569-571.
65. Uzan S, Uzan M. Les différentes modalités de surveillance des grossesses à haut risque. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 572-574.
66. Zorn JR. L'hôpital de jour en gynécologie-obstétrique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 575-578.
67. Klein P, Lantger B, David E, Voltzenlogel R, Schlaeder G. Télémonitoring fœtal. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 578-582.
68. Racinet C, Guyot F, Robert Y, Favier M, Franco A. Hospitalisaion à domicile et suites de couches. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1994; 23 (5): 582-586.