



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 périnatals, 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.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949713>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949713>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)