



Travail original

Maisons de naissance : revue de la littérature

P. Viossat, J.-C. Pons

Département d'Obstétrique, Gynécologie et Médecine de la Reproduction, CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 09.

RÉSUMÉ

De nombreux pays industrialisés ont mis en place des Maisons de naissance. Aucune structure de ce type n'existe en France. Cette revue de la littérature a pour but d'analyser les publications concernant les Maisons de naissance existantes et de permettre de juger de leur efficacité en comparaison avec un fonctionnement hospitalier conventionnel. Neuf études ont été retenues, dont une prospective. Toutes mettent en évidence une amélioration en termes de morbidité et mortalité maternelle et périnatale dans le groupe des grossesses « à bas risque ». Cependant, on ne peut conclure sur l'innocuité de l'établissement de telles structures dans le système de soins français. Les effectifs des études publiées, leurs hétérogénéités, l'existence d'un seul essai prospectif nous incitent à la prudence. L'ouverture de Maisons de naissances en France devrait être précédée de travaux d'évaluation à partir de sites pilotes.

Mots-clés : *Maisons de naissance • Mortalité-Morbidité • Revue de la littérature • Bas risque.*

SUMMARY:

Birth Centers have been established in many industrialized countries but no facilities of this type are available in France. The aim of this review was to analyze the literature concerning existing Birth Centers in order to compare them with conventional hospitals in terms of efficacy. Nine studies were retained including one prospective study. All underlined an improvement in both maternal and perinatal morbidity and mortality in the low-risk pregnancy group. No conclusion can however be made concerning the harmlessness of establishing Birth Centers in the French healthcare system. The small number of cases in these studies, their heterogeneity and the fact that only one was prospective point out the importance of cautious interpretation. Estimation studies must be conducted in experimental sites before opening Birth Centers in France.

Key words: *Birthing Centers • Mortality-Morbidity • Literature review • Low risk.*

Les Maisons de naissance ne sont pas encore reconnues ni instituées légalement en France. Il n'y a donc pas de définition officielle de ces structures. On ne peut s'appuyer que sur les principes de fonctionnement de telles structures établies à l'étranger (Canada, Pays-Bas, Allemagne, Suisse...).

Il s'agit d'une maison autonome qui est en liaison avec une structure hospitalière obstétricale et pédiatrique. Cette structure ressemble à un domicile familial convivial et c'est un lieu à dimension humaine où, en général, un maximum de 350 femmes donnent naissance chaque année. En Maison de naissance, la patiente reste en général 24 heures maximum après l'accouchement. Une fois chez elle, le suivi sera assuré par un service d'hospitalisation à domicile.

Une Maison de naissance est un lieu d'accueil ouvert à toutes les femmes enceintes et leur famille dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie.

Les sages-femmes — assistées ou non par une auxiliaire de puériculture — en assurent la responsabilité médicale, la gestion en toute autonomie, ceci conformément à leurs compétences légales.

Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Dans ce cadre, la sage-femme a l'occasion de jouer son rôle principal de prévention médico-psycho-sociale.

La Maison de naissance est intégrée dans un travail en réseau avec différents acteurs assurant la continuité dans la prise en charge de la grossesse. La sage-femme qui dépistera un problème ou une pathologie dans le pré, per ou post-partum, orientera la parturiente vers le professionnel le plus adapté. Ce réseau permet la sélection des femmes à bas, moyen et haut risque déterminant l'importance de la médicalisation néces-

Tirés à part : J.-C. Pons, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 20 mars 2001. Avis du Comité de Lecture le 25 mai 2001. Définitivement accepté le 18 juillet 2001.

saire de la grossesse. Il permet également d'assurer des conditions de transfert de qualité optimale entre la Maison de naissance et la structure hospitalière avec qui elle est en liaison.

Dans cet établissement, aucun accouchement n'est déclenché ni accéléré par quelque moyen que ce soit et il n'y a pas d'autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. Enfin, les parents participent au fonctionnement de la structure et ont le soutien d'associations de parents lors de la grossesse, de l'accouchement et surtout dans la nouvelle vie de parents.

Il existe une variante des Maisons de naissance, les Centres de naissance qui se différencient simplement par leur situation dans l'enceinte d'une structure hospitalière. Ces Centres de naissance permettent un transfert plus rapide de la mère ou de l'enfant dans un service spécialisé.

Depuis les années soixante-dix, s'installe une médicalisation croissante dans la prise en charge de toutes les femmes enceintes et de tous les accouchements. On se trouve actuellement, avec la parution des décrets sur l'amélioration des conditions de la naissance¹ et les travaux de la Conférence de Consensus [1], à un tournant dans l'évolution de l'organisation des soins périnataux en France.

Une vision maximaliste du risque (toute grossesse est à haut risque), qui entraînait une surmédicalisation des grossesses normales (80 % des grossesses), a laissé la place à une gestion différenciée du risque fondée sur un dépistage précoce des pathologies et une orientation des femmes vers le niveau de soins approprié. Cette reconnaissance du caractère naturel et physiologique de la grossesse est concrétisée par le projet d'ouverture de « Maisons de naissance » gérées par des sages-femmes².

La première étape dans ce projet d'ouverture de Maisons de naissance est l'élaboration de propositions concernant la construction de sites pilotes dans différentes villes françaises.

Le Ministère de la Santé français s'est ouvert au débat avec les associations de parents et de sages-femmes pour prendre connaissance de leur avis sur la

surmédicalisation de la naissance, le ressenti des mères et leurs souhaits³.

Depuis avril 1997, la Fédération nationale de Parents (Association Naissances et Libertés)⁴, et l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales se sont unies pour former le premier groupe de travail sur les Maisons de naissance.

En octobre 1998, le Ministère de la Santé diffuse un Communiqué qui annonce la mise en place d'un groupe d'étude sur les « Maisons de naissance » pour permettre de concilier ce mode d'accouchement et les impératifs de santé et s'explique en évoquant la iatrogénicité autour de la naissance⁵.

Ce texte parle de Maison de naissance « contiguë à une maternité classique » et M. Kouchner a précisé aux États Généraux de la Santé, forum Naissance sur le thème des Maisons de naissance (le 19 février 1999) : « *Ma position est arrêtée et rien ne la fera varier, les Maisons de naissance seront annexées aux structures hospitalières ou ne seront pas* ».

En décembre 1998 : eut lieu la Conférence de Consensus « sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque » organisé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, en collaboration avec l'École Nationale de Santé Publique [1].

Le jury y a formulé des recommandations que l'on peut regrouper en deux thèmes :

— Suivi de la grossesse et accompagnement de la femme enceinte.

— Hospitalisation au cours de la grossesse, organisation de l'accouchement et fonctionnement des réseaux.

Donc, en accord avec le Ministère de la Santé, plusieurs groupes de travail se sont constitués dans différentes villes de France qui postulent pour obtenir un agrément concernant un site pilote de Maison de naissance.

■ HISTORIQUE [2]

Aux États-Unis, dès 1940, les femmes commencent à réagir face à une trop grande médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. En 1944, le premier « *free-standing birthing center* » est créé à New-Mexico. Cet établissement tenu par des médecins et des sages-femmes propose un accouchement moins médicalisé et un environnement plus familial.

1. Ordonnance du 24 avril 1996 et décrets n° 98-899 et suiv. du 9 octobre 1998.

2. Allocution de B. Kouchner lors de la 9^e journée nationale de la Fédération des Cercles d'études des gynécologues-obstétriciens, le 10 octobre 1998.

3. États Généraux de la Santé, forum Naissance sur le thème des Maisons de naissance, le 19 février 1999.

4. « Naissance et Libertés » Fédération nationale de parents BP 12330 Nuges.

5. ANSFL : J. Lavillonnière, 82, rue Jean-Jaurès, BP 56, 67600 Vals-les-Bains.

Ce mouvement s'empare de la notion « d'accouchement naturel et préparé ». Il est question du contrôle de la peur et de la douleur (« psychoprophylaxie » prônée par Dick Read en Angleterre en 1944 et par Lamaze en France en 1950).

En 1969, apparaît la première « *birthroom* », chambre de naissance où la femme reste durant son accouchement et le post-partum. Progressivement, les hôpitaux mettent en place des unités moins médicalisées avec un environnement plus familial les « *birthing centers* ».

En 1975, les « *free-standing birthing centers* », indépendants des hôpitaux et tenus par des sages-femmes ou des médecins généralistes se multiplient. En 1987, existent aux États-Unis 160 *free-standing birthing centers* et 80 % des 3 700 maternités ont une chambre de naissance (*birthroom*).

Les statistiques officielles annoncent 38 900 naissances extra-hospitalières en 1984 (environ 1 % des naissances), nombre stable depuis ces 10 dernières années. Il existe surtout un véritable problème de couverture sociale et l'accouchement à domicile reste une alternative peu coûteuse pour les patientes les plus démunies.

Dix ans plus tard, les Maisons de naissance se développent en Europe [3, 4].

En 1987 à Berlin, s'ouvre le « premier centre de naissance librement choisi », conçu comme une alternative à la naissance à l'hôpital.

En 1993 à Berlin, un réseau destiné à promouvoir et coordonner les centres en Europe est créé : « Le Réseau Européen des Maisons de naissance » (NETZWERK). Les membres fondateurs viennent des centres allemands et suisses. Ce réseau met en contact les centres de naissance et les initiatives en cours. Il facilite la communication entre les différents groupes professionnels et apporte un soutien dans les négociations avec les institutions et les autorités sanitaires.

Fin 1995, 20 centres de naissance sont ouverts en Allemagne, en Suisse et en Autriche. On peut en trouver en Angleterre, en Suède, au Canada, en Australie, aux États-Unis, aux Pays-Bas où 1/3 des accouchements y ont lieu. Des initiatives sont en cours de réalisation au Luxembourg, en Belgique, en Italie, en Espagne, en Hongrie, en Pologne et... en France.

■ MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un examen de la littérature concernant les Maisons de naissance existant actuellement permet d'étudier

l'efficacité de celles-ci en termes de mortalité/morbidité maternelle et périnatale, et de satisfaction des usagers de ces structures.

La base de données Medline et le registre des essais cliniques de Cochrane collaboration ont été consultés sur la période 1969-1998 (mots-clés : Birthing centers, low risk, statistics, pregnancy outcomes, perinatal outcomes, numerical data, safety) et complétés par une recherche manuelle à partir des références des articles retrouvés. L'analyse a retenu les études prospectives ou rétrospectives, statistiquement correctes et représentatives, comparant les résultats en Maison de naissance et centres hospitaliers dans des populations anglo-saxonnes ou européennes. La qualité de chacune est évaluée selon les critères de la « *Evidence-Based Medicine* » [5, 6, 7].

Les critères de jugement principaux utilisés pour juger de l'efficacité, de la sécurité de ces structures sont : la mortalité maternelle, la mortalité périnatale, la morbidité périnatale (score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie), le taux de césariennes, le taux d'extractions instrumentales et les taux de transfert anté et perpartum. L'objectif est de diminuer le taux de césariennes et d'extractions instrumentales, d'augmenter la satisfaction des patientes tout en réduisant le taux de morbidité et mortalité périnatale et maternelle.

■ RÉSULTATS (tableau I)

Dans cette revue de la littérature, les auteurs ont retenu 9 études significatives. Un seul essai contrôlé randomisé est retrouvé. On distingue 4 études prospectives et 5 rétrospectives de bonne qualité. Parmi ces essais, 4 ont été publiés dans les années 80 et 5 dans les années 90.

Toutes les études retenues ne se basent pas strictement sur une activité en Maison de naissance : 3 en Maison de naissance [8, 9, 10], 4 en Centre de naissance [11, 12, 14, 15, 16, 17] et 2 en Maison de naissance et à domicile [18, 19]. Également, dans 3 de ces essais, un médecin est présent dans l'établissement [8, 11, 14, 15].

Dans toutes les études, aucune mort maternelle n'est rapportée.

La mortalité périnatale varie de 0 à 15 % selon les études mais reste toujours significativement inférieure à celle du groupe témoin. La morbidité périnatale est également améliorée dans toutes les études

Tableau I Synthèse des études retenues.
Synthesis of retained studies.

Auteurs (références)	Pays	Années	Effectifs populations étudiées	Type étude	Mortalité périnatale	Pourcentage nullipares	Apgar < 7 à 5 mn	Taux transferts (anté-partum + per-partum)	Taux césariennes	Taux extraction instrumentale	Niveau de preuve (EBM)
Rooks [8]	USA	1985-87	11 814	P	1,3 ‰	39,3 %	0,6 %	15,8 %	4,4 %	0,6 %	II
Garite [9]	Californie (USA)	1993-94	1 830	P	6 ‰	35 %	0,16 %	31 %	10 %	4,6 %	III
Klein [11]	Canada	1983	1 436	P	0 (vs 2,6 ‰ grpe témoin)	36,7 %	4 % (vs 12,7 % grpe témoin)	48 % (nullipares) 25 % (multipares)	4-5 %	28 % nullip 1 % multi	II
Waldenström [12, 13]	Suède	1989-93	1 860	P	15 ‰	57 %	1,2 % (vs 1,1 %)	32 %	7 % (vs 8,8 %)	0 % (vs 1 %)	I
Declercq [18]	USA	1984	30 819	R	?	29 %	63 % vs 49 % A ≥ 9	?	?	?	II
Stern [14] Fliegner [15]	Australie	1980-89	5 365	R	0,75 ‰	63 %	1,1 %	34,2 %	4 %	11 %	II
Morris [16] Biro [17]	Australie	1980-89	2 858	R	1,3 ‰	52,3 %	?	50,2 %	?	?	II
David [10]	Allemagne	1992-94	801	R	0 ‰	69,2 %	0,7 %	18,2 %	3 %	5 %	II
Van Alten [19]	Pays-Bas	1969-83	7 980	R	2,3 ‰	50,1 %	4,3 % (vs 8,2 %) a	25,6 %	0,4 %	3,7 %	II

a % des Nouveau-nés admis en pédiatrie dans la 1^{re} semaine de vie.

b P = prospective.

R = rétrospective.

sauf celle de Waldenström où la différence n'est pas significative [12].

Le taux de césariennes varie de 0,4 à 10 % et apparaît comme un atout important.

Le taux d'extractions instrumentales varie de 0 à 11 %.

Les taux de transferts (anté + perpartum) varient de 15,8 à 34,2 %. Ces taux sont liés à la proportion de nullipares sélectionnées dans le groupe « Maison de naissance » [8, 11, 14, 15].

On ne note aucune différence significativement interprétable entre les années 80 et 90 concernant les taux de morbidité périnatale, les taux de transferts et l'interventionnisme.

Le taux d'extractions instrumentales semble augmenter lorsqu'un médecin est présent dans la structure ; en revanche, le taux de césariennes diminue.

« The National Birth Center Study » datant de 1989 [8]

Une large étude prospective portant sur 84 Maisons de naissance aux États-Unis et 11 814 patientes qui ont accouché dans ces structures de 1985 à 1987.

Cette étude montre que les Maisons de naissance offrent une sécurité tout à fait acceptable pour des femmes enceintes sélectionnées à bas risque, ce d'autant plus s'il s'agit de multipares.

Étude de l'Université de Californie Irvine [9]

Il s'agit d'une Maison de naissance établie en partenariat avec un centre hospitalier universitaire pour en étudier la sécurité.

Cette expérience montre que cette structure est sûre pour les patientes à bas risque.

Étude de l'Université de Mc Gill, Montréal [11]

Cette étude date de 1983 et concerne 5 005 naissances à l'hôpital John Radcliffe. Les femmes ont été divisées en deux groupes : un groupe conventionnel (présence de médecins obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et pratique d'analgésie péridurale, forceps, déclenchements...) et un groupe pris en charge uniquement par des sages-femmes.

Dans le second groupe, le taux de transferts fut de 48 % chez les nullipares, 25 % chez les multipares.

Les nullipares ont eu un taux similaire de césariennes dans les deux groupes (4-5 %).

La mortalité périnatale est de 2,6 pour mille dans le groupe médicalisé contre 0 dans l'autre.

Dans le premier groupe, le taux d'intubations fut de 4,8 % contre 2,4 % dans le 2^e groupe, le taux d'enfants ayant un score d'Apgar inférieur à 7 fut de 12,7 % contre 4 %, le taux de souffrance fœtale fut de 12,7 % contre 6,35 % (mais le monitoring était moins utilisé dans le deuxième groupe).

D'après cette étude, il semble qu'une diminution réfléchie de la médicalisation améliore les suites de la grossesse en termes de morbidité à court terme.

« The Stockholm Birth Centre Trial » [12, 13]

Cette étude compare les résultats entre un groupe de femmes ayant accouché dans un centre de naissance et l'autre dans une maternité conventionnelle à l'hôpital de Stockholm. 928 femmes ont été affectées par randomisation au centre de naissance et 932 à l'hôpital.

Aucune différence statistique n'a été observée entre les deux groupes en termes de morbidité maternelle, mortalité périnatale, morbidité néonatale, score d'Apgar ou transferts en soins néonataux.

Néanmoins, on peut noter un nombre excessif de morts périnatales dans le centre de naissance (14 cas contre 4).

Les interventions médicales sont plus rares en centre de naissance et le travail y dure en moyenne 1 heure de plus.

L'étude de Declercq [18]

Elle considère les naissances hors hôpitaux aux États-Unis en 1984 (en Maisons de naissance et à domicile). Elle tient compte de l'hétérogénéité de ces accouchements en choisissant de comparer les accouchements hors hôpitaux planifiés aux accouchements hospitaliers en prenant comme critères le poids de naissance et le score d'Apgar.

Cette étude conclut que la morbidité infantile diminue lorsque la mère est multipare, a un niveau d'éducation plus élevé, un âge entre 25 et 34 ans et lorsque l'accouchement est dirigé par une sage-femme.

Les résultats ont montré pour les accouchements hors hôpitaux un taux inférieur de faible poids de naissance (2 % contre 4,6 %) et un score d'Apgar supérieur (63 % entre 9 et 10 contre 49 % à l'hôpital).

D'après cette étude il semble qu'un accouchement hors hospitalier ne soit pas plus dangereux qu'un accouchement hospitalier. L'échantillon était suffisant (n = 30 819) et il existait un groupe contrôle.

Mais la sélection du groupe hospitalier n'est pas connue ; il y a un possible biais de sélection.

Statistiques sur l'activité du « Royal Women's Hospital Birth Centre » [14, 15]

L'étude porte sur l'activité de 1980 à 1989 et 5 365 patientes.

Le taux de transferts est de 16,6 % en anténatal et 16,1 % en perpartum.

Le taux de mortalité périnatale est de 0,89 pour mille et est comparé à celui des Free-standing Birth Center aux USA (1,3 pour mille), à celui des accouchements à domicile en Australie (2,6 pour mille en 1985 et 6 pour mille en 1987).

1,1 % des nouveau-nés ont un score d'Apgar inférieur à 4 à 1 minute ou inférieur à 7 à 5 minutes.

Différentes études publiées sur les statistiques des centres de naissance en Australie ont montré une diminution des actes interventionnels [20, 21], des taux de mortalité périnatale comparables aux conditions standards [14, 16, 17] et une augmentation de la satisfaction maternelle [21, 22].

Statistiques sur l'activité du « Queen Victoria Medical Centre » [16, 17]

Deux études sont publiées : par Morris N, concernant l'activité des 4 premières années et par Biro M-A pour les 5 années suivantes. Il s'agit d'une étude rétrospective et de cohorte portant sur 2 858 patientes ayant accouchées dans un Centre de naissance à Melbourne. Ce groupe a ensuite été comparé à un groupe contrôle ayant accouché en milieu hospitalier. Une diminution du taux de mortalité périnatale est mise en évidence mais la morbidité périnatale est jugée sur le poids de naissance qui est augmenté dans le premier groupe. Certaines données sont manquantes : le taux de césariennes et d'extractions instrumentales. La qualité de cette étude permet cependant de conclure sur l'aspect sécuritaire de ce Centre de naissance.

Deux Maisons de naissance à Berlin [10]

Le Département d'Obstétrique et Gynécologie de l'Université Humboldt à Berlin a étudié rétrospectivement la morbidité/mortalité de 801 accouchements qui ont eu lieu dans deux Maisons de naissance à Berlin entre 1992 et 1994. Ces résultats ont ensuite été comparés avec ceux des 3 271 accouchements ayant eu lieu à l'hôpital de Berlin. Ces deux populations sont sélectionnées d'une manière homogène.

Le premier groupe a significativement moins d'interventions médicales, mais un taux de césariennes et de lésions périnéales sévères similaires.

Le taux de mortalité périnatale n'est pas significativement différent (< 0,1 ‰) entre les deux groupes.

Cette étude conclue que le fait d'accoucher en Maison de naissance n'augmente pas le risque maternel ou périnatal par rapport à l'hôpital.

Van Alten [19]

Cette étude analyse rétrospectivement un groupe de 7980 accouchements ayant eu lieu en Maison de naissance et, une minorité, à domicile, à Wormerveer, Pays-Bas. Avec ce grand effectif, elle compare les résultats aux chiffres nationaux sur la même période. Dans le groupe de femmes enceintes sélectionnées à bas-risque, la mortalité et morbidité périnatale, le taux de césariennes et d'extractions instrumentales sont améliorés. Mais la morbidité est ici appréciée par la proportion de nouveau-nés admis en pédiatrie dans la première semaine de vie.

■ DISCUSSION

La multiplicité des méthodologies utilisées dans les différentes études ainsi que les nombreuses données manquantes concernant les critères de jugements principaux nous ont fait préférer une analyse de type « revue de la littérature ». Seul un recueil de données non publiées issues de ces essais pourrait permettre la réalisation d'une méta-analyse.

La qualité méthodologique des études retenues est d'assez bonne qualité avec une EBM = II en moyenne.

Mais, on note une grande hétérogénéité entre ces études. Les critères de sélection des femmes enceintes « à bas risque » sont variables selon le type de structure (Maison de naissance ou Centre de naissance), la présence ou non d'un médecin. On remarque une grande variabilité dans les proportions de nullipares accouchant dans ces structures : 29 à 63 %. Or, la parité, semble dans ces études, liée étroitement avec le taux de transfert perpartum et l'interventionnisme (césariennes, extractions instrumentales). Il s'agit d'un grand argument à prendre en compte lors de la définition de la population à bas risque sélectionnée par les futurs sites pilotes français. Par précaution, on sélectionnera probablement uniquement des multipares dans une première étape. Le score d'Apgar étudié isolément pour juger de la morbidité périnatale paraît

insuffisant, du fait, notamment, qu'il reflète le bien-être du nouveau-né seulement pendant les premières minutes de vie. Le poids de naissance et surtout la proportion de nouveau-nés transférés en pédiatrie dans la première semaine représentent des critères de jugement très intéressants, représentatifs et reproductibles.

Que ce soit en Maison de naissance ou en Centre de naissance, les différentes études montrent une amélioration de la morbidité et mortalité périnatale avec une régression de l'interventionnisme chez les patientes sélectionnées à « bas-risque » par rapport aux patientes accouchant dans des structures hospitalières conventionnelles. Ceci s'avère d'autant plus que la patiente n'est pas nullipare et que l'accouchement est géré par une sage-femme.

Cependant, il faut souligner qu'une seule de ces études est prospective randomisée et qu'aucune expérience française n'est relevée. On ne peut donc être que optimiste au sujet des bénéfices inhérents à l'ouverture de Maisons de naissance en termes de morbidité et mortalité maternelle et infantile.

D'autre part, la date des publications nous laisse penser que la pression médico-légale était très modérée dans ces études face à la situation actuelle française.

Concernant la satisfaction des patientes, signalons qu'elle doit rentrer dans les critères d'évaluation des Maisons de naissance car elles existent en premier lieu pour elles.

L'étude américaine « The National Birth Center Study » [8] a interrogé les patientes ayant accouché dans ces structures. On note une grande satisfaction.

Sur ces 11 814 femmes, parmi celles qui n'ont pas été transférées, 75,7 % ont répondu à l'évaluation des soins reçus. Celles-ci disent à 98,8 % qu'elles recommanderaient la Maison de naissance à leurs amies et 94 % disent qu'elles y retourneront à la prochaine grossesse.

Parmi les femmes qui ont été transférées, 54,1 % ont répondu à l'évaluation, elles recommandent à 96,9 % la Maison de naissance à leurs amies et 83,3 % disent qu'elles y retourneront pour leur prochaine grossesse.

Une étude anglaise, randomisée, sur un Centre de naissance à l'hôpital de Leicester a pris en compte l'évaluation de la satisfaction des patientes [23]. Cette étude s'est effectuée de mars 1989 à juillet 1990 et concerne 2 304 femmes qui ont accouché dans cette structure démedicalisée plus 1 206 femmes ayant accouché à l'hôpital adjacent. L'analyse de satisfaction s'est faite par questionnaires envoyés 6 semaines

après l'accouchement. Sont exclues les femmes ayant eu une IVG, FCS, un mort-né, un mort néonatal.

Le taux de retours fut de 72 % (73 % du Centre de naissance, 69 % de l'hôpital).

52 % des femmes venant du Centre de naissance se disent très satisfaites contre 44 % à l'hôpital.

73 % des femmes sont très satisfaites des soins pendant le travail en Centre de naissance contre 60 % à l'hôpital.

Le « Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maison de naissance » de 1997 au Canada [24] : cette étude regroupe les témoignages des onze groupes de travail en rapport avec chaque Maison de naissance, constitués de parents ayant vécu une naissance dans une de ces structures. Chacun a travaillé sur des questions et des thèmes communs pour avoir une homogénéité dans le traitement des réponses. Bien sûr, cette méthodologie a une grande limite reposant sur le fait que les parents interrogés ont accepté la discussion et sont intéressés par ce projet et auquel ils souhaitent apporter leur contribution.

On peut regrouper les différents éléments appréciés par les parents :

- les qualités humaines de la sage-femme (disponibilité, respect de la physiologie, générosité du temps passé).

- La prise en charge de la femme par elle-même, *empowerment*.

- l'implication du père et de la famille.

Nonobstant la satisfaction élevée des usagers, il n'en demeure pas moins que des recommandations ont été formulées. Notamment, les parents désirent un suivi postnatal plus élaboré afin de les aider à s'adapter à leur nouvelle vie. Cette proposition est apparue très intéressante aux responsables de cette étude car elle permettra une intervention plus « adaptée » aux besoins et à la réalité des familles.

Un suivi postnatal en continuité avec le suivi prénatal constitue un outil de prévention qui n'est plus à démontrer. Ceci a une efficacité à réduire les diverses problématiques découlant d'un déficit du lien parents-enfant.

Enfin, en pratique ce fonctionnement est regrettablement impossible dans une structure hospitalière conventionnelle pour des problèmes de coûts, d'organisation du personnel, de nombre insuffisant de sages-femmes et de psychologie (le mélange de deux pratiques un peu opposées au même endroit paraît difficile).

■ CONCLUSION

Les professionnels disposent d'un nombre limité d'études traitant de ce sujet mais suffisamment pour émettre très sérieusement l'hypothèse que, pour des patientes sélectionnées rigoureusement (à bas risque) accouchant dans une Maison de naissance proche d'un centre hospitalier, le risque pour elles et leurs enfants est au maximum égal à celui d'un hôpital traditionnel. Ceci, d'autant plus que la patiente est multipare, âgée de 25 à 34 ans, d'un bon niveau d'éducation et que l'accouchement est dirigé par une sage-femme.

Néanmoins la comparaison reste difficile car le fonctionnement des maternités diffère suivant le pays, les Maisons de naissance n'ont pas toutes les mêmes critères de sélection et d'évaluation, les sages-femmes n'ont pas les mêmes statuts et des facteurs non-médicaux tels que la géographie, les mentalités des populations, la richesse du pays, la politique du pays, etc. ont également une influence. En effet, ces facteurs rappellent qu'il paraît hasardeux de croire résoudre le problème français en appliquant totalement le fonctionnement d'un pays étranger, par exemple.

Des essais prospectifs randomisés supplémentaires avec de grands effectifs sont indispensables pour préciser les critères de sélection des patientes « à bas risque », les critères d'évaluation de la morbidité maternelle et périnatale permettant une efficacité optimale des Maisons de naissance. Une grande prudence doit actuellement être observée avec ouverture de sites pilotes en France de Centres de naissance donnant lieu à des essais prospectifs randomisés.

Enfin, la satisfaction maternelle devra être prise en compte dans l'évaluation de ces structures étant donné la différence des mentalités internationales.

REMERCIEMENTS. — Nous tenons à remercier I. Viossat, chercheur biologiste, pour son aide dans la langue anglaise.

■ RÉFÉRENCES

- Conférence de consensus sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998 ; 27 (suppl, n° 2).
- Renard C. « L'accouchement à domicile : qui, pourquoi et comment ? » Thèse de médecine : Nantes : 1994.
- Lejeune V, Tournaire M. « Critères de sécurité des accouchements à domicile ? » Grossesse et accouchements à risque : prise en charge multidisciplinaire. Marseille : octobre 1992.
- Favier F. « Accouchement à domicile » Mémoire d'élève sage-femme. Nîmes : 1992.
- Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ* 1995; 310: 1122-6.
- Rosenberg WM, Sackett DL. On the need for evidence-based medicine. *Thérapie* 1996; 51: 212-7.
- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine. 2nd Ed. Boston, Mass: Little Brown & Co Inc., 1991.
- Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A. Outcomes of care in Birth Centers. (The National Birth Center Study). *N Engl J Med* 1989; 321: 1804-11.
- Garite TJ, Snell BJ, Walker DL, Darrow VC. Development and Experience of a University-Based, Freestanding Birthing Center. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 411-6.
- David M, von Schwarzenfeld HK, Dimer JA, Kantenich H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 65: 149-56.
- Klein M, Lloyd I, Redman C, Bull M, Turnbull MC. A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care: shared-care (consultant) and integrated general practice unit. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 118-28.
- Waldenström U, Nilsson C-A, Winblad B. The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 410-8.
- Waldenström U, Lawson J. Birth Centre Practices in Australia. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1998; 38: 42-50.
- Stern C, Permezel M, Petterson C & coll. The Royal Women's Family Birth Centre: The First 10 years reviewed. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1992; 32: 291-4.
- John R, Fliegner H, MD, MGO, FRCS, FRACS, FROG, FRANZCOG. Perinatal Mortality in a tertiary Obstetric Institution. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1992; 32: 309-12.
- Morris N, Campbell J, Biro M-A, Lumley J, Rao J, Spensley J. Birth centre confinement at the Queen Victoria Medical Centre: four years experience. *Med J Aust* 1986; 144: 628-30.
- Biro M, Lumley J. The safety of team midwifery; the first decade of the Monash Birth Centre. *Med J Aust* 1991; 155: 478-80.
- Eugène R, Declercq PhD. Out-of-Hospital Births, U.S., 1978: Birth Weight and Apgar Scores as Measures of Outcome. *Public Health Reports* 1984; 99: 63-73.
- Van Alten D, Eskes M, Treffers P.E. Midwifery in the Netherlands. The Wormerveer study; selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 656-62.
- Campbell J, Hudson H, Lumley J & coll. Birth centre confinement at the Queen Victoria Medical Centre. Obstetric and neonatal outcome. *Med J Aust* 1981; 137: 347-50.
- Whelan A. Centering birth: A prospective cohort study of birth centres and labour wards. PhD Thesis. Department of public Health, University of Sidney, 1994.
- Bradley BS, Tashevskia M, Selby JM. Women's first experiences of childbirth: Two hospital settings compared. *Br Med J Psychol* 1990; 63: 227-37.
- Mac Vicar J, Dobbie G, Owen-Johnston L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J. Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 316-23.
- Bouffard M, Grégoire L. « Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maison de naissance ». Québec : éd. Groupe MAMAN (Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité et pour l'Accouchement Naturel), déc. 1997, -52p.