



HAL
open science

Accouchements inopinés hors de la maternité d'origine. Revue des cas de 2007 à 2010 et étude cas-témoins à la maternité Port-Royal

Marion Coisnard

► **To cite this version:**

Marion Coisnard. Accouchements inopinés hors de la maternité d'origine. Revue des cas de 2007 à 2010 et étude cas-témoins à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617851

HAL Id: dumas-00617851

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617851v1>

Submitted on 30 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 7 avril 2011

par

Marion COISNARD

Née le 15 février 1987

Accouchements inopinés hors de la maternité d'origine

Revue des cas de 2007 à 2010 et étude cas-témoins à la
maternité Port-Royal

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme le Dr LE RAY Camille

Chef de clinique assistant, maternité Port-Royal

JURY :

Mr le Pr CABROL Dominique

Mme PRUDHOMME Sophie

Directeur technique de l'école de sages-femmes de Baudelocque

Représentante de la directrice de l'école de sages-femmes de Baudelocque

Mr le Dr BOUNAN Stéphane

Mme LEBOT Nathalie

Mme DUQUENOIS Sylvie

Gynécologue obstétricien, maternité Port-Royal

Sage-femme, maternité Port-Royal

Sage-femme guide de l'école de sages-femmes de Baudelocque

N° de mémoire : 2011PA05MA10

Remerciements

Je profite de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci,

A Camille Le Ray, gynécologue-obstétricien de la maternité Port-Royal, ma directrice de mémoire, pour l'aide et l'intérêt porté à ce travail,

A Sylvie Duquenois, sage-femme formatrice de l'école de sages-femmes de Baudelocque, pour ses conseils avisés et sa disponibilité durant la réalisation de ce mémoire,

A toutes celles et ceux qui ont participé aux lectures et relectures de ce mémoire,

A mes amis pour leur bonne humeur et leurs encouragements,

Et à ma famille qui m'a accompagnée et soutenue durant ces six années d'études.

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des tableaux	5
Liste des annexes	6
Introduction.....	7
Cadre conceptuel	8
Organisation des soins et suivi prénatal en France.....	8
<i>Suivi de grossesse selon le risque médical</i>	8
<i>Choix de la structure de soins</i>	10
Accouchements à domicile programmés, situation en France et dans le monde .	11
<i>Accoucher à domicile en France</i>	11
<i>Situation dans le reste du monde</i>	12
Accouchements inopinés	13
<i>Définition</i>	13
<i>Accouchements inopinés hors d'une structure hospitalière</i>	14
Epidémiologie	14
Gestion des accouchements inopinés par le SAMU et le SMUR	15
Pronostic maternel	18
Pronostic néonatal.....	18
<i>Accouchements inopinés dans une autre maternité que celle de suivi</i>	19
Matériel et méthode.....	23
Problématique	23
Objectifs.....	23
Hypothèses	23
Matériel et méthodes.....	24
Présentation des résultats de l'étude.....	26
<i>Population d'étude</i>	26
<i>Contexte socio-économique</i>	27
<i>Caractéristiques du suivi obstétrical</i>	30
<i>Caractéristiques géographiques</i>	32
<i>Caractéristiques de l'accouchement</i>	33
Etat maternel à l'accouchement.....	33
Etat néonatal à l'accouchement	35
Déroulement des suites de couches	37
Analyse des résultats.....	39

Profil des parturientes	39
Suivi de la grossesse	42
Distances et transports	44
Accouchements et suites de couches	45
Cas potentiellement évitables	47
Propositions	50
Limites de l'étude	52
Forces de l'étude	53
Conclusion.....	54
Bibliographie.....	55
Annexes.....	I

Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : caractéristiques générales et obstétricales des parturientes	27
<u>Tableau 2</u> : conditions socio-économiques des parturientes.....	30
<u>Tableau 3</u> : Caractéristiques du suivi de grossesse.....	31
<u>Tableau 4</u> : Distance en kilomètre entre la ville de résidence et la maternité Port-Royal .	32
<u>Tableau 5</u> : Comparaison des distances entre la ville de résidence et la maternité d'accueil, par rapport aux distances entre la ville de résidence et la maternité Port-Royal	33
<u>Tableau 6</u> : Caractéristiques de l'accouchement.....	35
<u>Tableau 7</u> : Caractéristiques néonatales.....	37
<u>Tableau 8</u> : Caractéristiques des suites de couches maternelles.....	37
<u>Tableau 9</u> : Caractéristiques du séjour du nouveau-né.....	38

Liste des annexes

Annexe I : Feuille de recueil de données II

Introduction

Aujourd'hui en France plus de 99 % des femmes accouchent dans des structures médicalisées, maternités, hôpitaux, cliniques. Le système de santé français permet à chaque femme enceinte de bénéficier d'un suivi régulier afin d'entourer la grossesse de toute l'attention médicale nécessaire à son bon déroulement.

La femme enceinte peut être suivie chez un médecin ou une sage-femme libérale au début de sa grossesse puis effectuer ses dernières consultations au sein de la maternité où elle désire accoucher, afin de mettre en place une continuité des soins permettant aux équipes obstétricales de disposer d'informations la concernant, notamment via son dossier médical.

Il arrive cependant que certaines femmes, en dépit de leur volonté, n'accouchent pas dans leur maternité de suivi. Accouchements inopinés à domicile ou dans une autre structure hospitalière, ces situations sont stressantes pour la femme comme pour le personnel chargé de la prendre en charge.

Certaines femmes sont-elles plus susceptibles d'accoucher inopinément hors de leur maternité d'origine ? Ces accouchements sont-ils plus souvent sources de complications maternelles et néonatales ? Peut-on éviter certaines de ces situations ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons choisi de mener une étude rétrospective cas-témoin portant sur 80 dossiers, réalisée du 1^{er} août au 31 octobre 2010 au sein de la maternité Port-Royal. Nous avons cherché à comparer le profil et les issues des accouchements des patientes suivies à la maternité Port-Royal mais n'y ayant pas accouché, par rapport aux patientes y ayant accouché.

Dans une première partie, nous porterons un intérêt élargi sur le sujet à l'aide des données apportées par les publications. Puis nous exposerons l'étude menée ainsi que les différents résultats obtenus. Enfin nous analyserons les résultats de notre étude et ferons des propositions de prise en charge pour ces patientes.

Cadre conceptuel

Organisation des soins et suivi prénatal en France

En France, les femmes enceintes n'ont aucune obligation légale de s'inscrire dans une maternité avant l'accouchement. Aucun établissement de santé pratiquant l'obstétrique ne peut refuser une femme enceinte au moment de l'accouchement, même si elle n'a pas été suivie dans ledit établissement, sous peine de tomber sous le coup de la loi pour non-assistance à personne en danger.

Cependant une inscription le plus tôt possible après la découverte de la grossesse est habituellement recommandée pour le bon suivi de celle-ci, afin de préserver une continuité des soins tout au long de la grossesse et du post-partum.

Les établissements de santé ne sont pas sectorisés, et peuvent accepter toutes femmes enceintes dans la mesure des places disponibles. Mais force est de constater que les établissements implantés dans les grandes villes étant très sollicités, de part l'importance de la population dans ces zones et la fermeture progressive depuis plusieurs années de petits établissements, ils sont obligés de refuser nombres de demandes d'inscriptions.

Suivi de grossesse selon le risque médical

Si la majorité des grossesses peut être considérée comme des grossesses à bas risque, toutes doivent cependant faire l'objet d'une attention médicale particulière. Un début de grossesse se déroulant de façon physiologique ne signifie pas qu'elle le restera jusqu'à l'accouchement. De plus la présence de certaines pathologies ou antécédents tend à augmenter le risque de survenue de complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé de mai 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques

identifiées présentent une liste indicative non exhaustive des situations à risques, comprenant notamment :

- les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux
- les toxiques
- les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non
- les antécédents personnels liés à une grossesse précédente
- les facteurs de risque médicaux
- les maladies infectieuses
- les facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux

Ces situations à risque ont été classées puis associées au professionnel de santé qui semblait le plus approprié à effectuer le suivi. Quatre types de suivis ressortent :

- Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien), selon le choix de la femme.
- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien (1)

Le niveau de risque sera identifié idéalement avant la grossesse, lors du suivi gynécologique de la femme, au moment où elle exprimera son désir de grossesse. C'est le but de la consultation préconceptionnelle. Il peut aussi être identifié lors de la première consultation du suivi de grossesse, et tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Une fois les risques de la grossesse et le type de suivi nécessaire au bon déroulement identifiés, il est plus aisé de définir quelle structure de soin est la plus

appropriée pour la patiente, qui garde cependant le choix de sa structure de suivi. Une réorientation est toujours possible pendant la grossesse, en fonction de son évolution.

Choix de la structure de soins

La femme a libre choix de la structure dans laquelle elle désire accoucher. Les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent mettre en place une organisation permettant d'assurer la prise en charge en terme de consultation à partir du 7^e mois, d'examen d'échographie et de préparation à la naissance des femmes enceintes, y compris les femmes ayant un faible niveau de risque, selon l'article D. 6124-35 du Code de la santé publique. (27)

Le choix du lieu de naissance se fait donc essentiellement en fonction :

- des préférences de la femme ou du couple
- du lieu d'habitation et des structures en places
- du niveau de risque maternel et/ou fœtal

Le décret de périnatalité N°98-900 du 9 octobre 1998 (28) précise les modalités d'organisation de réseau de soins des établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale. Ce décret prévoit l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant.

Les maternités des différents types (I, II ou III selon la présence ou non de services de réanimation néonatale ou de néonatalogie) doivent coopérer à l'intérieur des régions afin d'orienter avant leur accouchement les femmes enceintes vers les maternités les mieux adaptées. Les établissements ne disposant pas d'unités spécialisées doivent avoir passé une convention avec un ou plusieurs établissements de santé qui en disposent, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements. (2)

Accouchements à domicile programmés, situation en France et dans le monde

Les accouchements à domiciles désirés ou programmés, sont souvent l'aboutissement du désir d'un accouchement le moins médicalisé possible. L'accouchement est naturel, et peut se faire sous la surveillance d'un personnel médical ou non. Cette pratique est relativement courante dans certains pays, par exemple en Europe du Nord, tandis qu'elle reste marginale dans d'autres pays.

Accoucher à domicile en France

L'accouchement à domicile programmé a été très largement pratiqué jusque dans les années 50 en France. La période d'après-guerre voit la création de la sécurité sociale et de l'assurance maternité avec la gratuité des soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches, entraînant un déplacement du lieu d'accouchement de la maison à l'hôpital.

Le rapport du Haut comité de la Santé Publique de 1994 sur « la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité », indique : *« Il n'a pas semblé opportun au groupe de travail d'ouvrir un débat sur l'accouchement à domicile prôné par certains parents et professionnels. A ce jour, la quasi-totalité des accouchements a lieu en maternité. Seuls 0,5% des accouchements - soit environ 3800 par an - ont lieu à domicile. Il s'agit essentiellement de grossesses non suivies et de quelques accouchements prévus en maternité et survenus accidentellement à domicile ; le plus souvent, ces femmes sont dirigées ensuite vers un établissement d'accouchement. Plus rares sont les accouchements programmés à domicile réalisés par des sages-femmes ou des médecins libéraux. Les maternités constituent donc le lieu privilégié d'accouchement dans le système de santé français. Il n'a pas semblé utile de revenir sur cet état de fait, qui correspond assez bien à la culture et à la géographie française. »* (29)

L'étude de O. Dupuis portant sur l'opinion des femmes sur l'accouchement à domicile, réalisée de novembre 1999 à juin 2000 dans trois maternités de type I et III,

rapporte cependant que 52% des femmes considèrent que l'accouchement à domicile « devrait ou pourrait être proposé » en France. Plus d'une femme sur deux ne serait donc pas défavorable à un accouchement à domicile, tandis que 22% pensent qu'accoucher à domicile « ne devrait jamais être proposé ». Il est intéressant de constater dans cette étude que le niveau d'opposition des femmes à l'accouchement à domicile semble augmenter avec leur niveau de connaissance sur les complications obstétricales potentielles. (4)

Une enquête organisée par la Sofres et rapportée par le syndicat des gynécologues obstétriciens dans les cahiers du Syngof de septembre 2002 (5) montre quand à elle que l'accouchement à domicile est très peu fréquent sur le territoire français, et la demande des patientes pour le choix d'un accouchement à domicile reste relativement peu élevée dans notre pays avec 15% soit environ 100 000 femmes.

L'accouchement se fait aujourd'hui en structure médicalisée pour une prise en charge optimale et un risque minimum, et s'il est vrai que le libre choix de la femme a été dans le même temps mis au second plan, et il n'existe pas à l'heure actuelle en France d'alternative concrète et reconnue possédant un niveau de sécurité comparable à l'accouchement médicalisé en structure hospitalière.

Situation dans le reste du monde

L'évolution du nombre d'accouchements à domicile est identique dans la quasi-totalité des pays industrialisés. Aux Etats-Unis par exemple, les dernières statistiques annoncent moins de 40 000 naissances annuelles extrahospitalières soit environ 1 % des naissances, dont 0,2 % de naissances accidentelles, nombre stable depuis une dizaine d'années. Une étude réalisée en 2006 dans 19 états américains (soit 49% des naissances à domicile aux Etats-Unis) portant sur les caractéristiques des mères ayant accouché à domicile de façon planifiée ou inopinée, rapporte que 83,2% des accouchements étaient planifiés, pourcentage variant entre 54% et 98% selon les états. (6)

Les Pays-Bas font figure d'exception dans ce domaine. En effet l'accouchement à domicile y 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. (7)

Aux Pays-Bas, une évaluation du risque de la grossesse et de l'accouchement est effectuée en début de grossesse, et si celle-ci est considérée comme étant à « bas risques », la patiente sera suivie par une sage-femme libérale durant la grossesse, à raison de dix à quatorze consultations prénatales. Si la grossesse est d'emblée considérée à risque, la femme sera orientée vers un obstétricien à l'hôpital.

En cas d'apparition de problème médical ou obstétrical durant la grossesse, la sage-femme ou le médecin généraliste doit adresser les parturientes à l'obstétricien, conformément à une liste consensuelle officielle.

Aux Pays-Bas, 43 % des accouchements sont effectués par une sage-femme, autant par un obstétricien, et les 13 % restant par un médecin généraliste. Les sages-femmes et médecins généralistes ont libre accès aux structures hospitalières et peuvent par conséquent effectuer un accouchement à domicile ou dans une structure médicalisée, selon le choix de la patiente. Cependant un accouchement réalisé à l'hôpital sans indication médicale entraîne un surcoût d'environ 150€ correspondant à l'utilisation de la salle d'accouchement, et est conditionné à la disponibilité des salles de travail au moment de l'accouchement. Le départ pour l'hôpital se fera lorsque la femme sera déjà à 5-6 cm de dilatation, et elle restera en salle 2 à 3 heures seulement après l'accouchement.

La réévaluation permanente du risque par la sage-femme ou le médecin est possible tout au long de la grossesse et pendant le travail, des structures de transport rapide permettant le transfert en milieu hospitalier en cas d'urgence. (7)

Accouchements inopinés

Définition

Le terme d'accouchement inopiné regroupe tout accouchement ayant lieu dans un endroit inadéquat, non prévu par la mère, et regroupe les accouchements à domicile

non programmés, les accouchements dans les lieux publics ou dans une structure médicalisée où la femme n'était pas attendue ni suivie.

Accouchements inopinés hors d'une structure hospitalière

Epidémiologie

Les accouchements inopinés hors maternités représentent 0,5% de la totalité des accouchements en France. (8) Ils se déroulent principalement à domicile, plus rarement dans un lieu public.

Une étude portant sur 292 accouchements inopinés (soit 4,3 pour 1000 accouchements) gérés entre 1986 et 1991 par les SMUR marseillais montre que l'âge moyen des parturientes était de 27,5 ans, 20% étaient des primipares, et 50% étaient d'origine étrangère. De plus, 25% des grossesses n'avaient pas été suivies, ou étaient ignorées ou cachées. Les conditions socio-économiques étaient précaires pour 60% d'entre elles, avec une forte proportion de migrantes.

Une autre étude des SMUR pédiatriques de la région Ile-de-France rapporte une moyenne d'âge des mères de 24 ans, dont 34% de primipares et 78% de femmes d'origine étrangère. De plus 58% des grossesses n'étaient ni suivies ni déclarées.

Une étude américaine rapportait quant à elle que les accouchements inopinés concernaient principalement des mères étrangères, jeunes, célibataires, fumeuses, n'ayant pas fait d'études supérieures et sans sécurité sociale. (6)

On remarque à travers ces diverses études un schéma assez constant de femmes souvent jeunes, étrangères, en situation précaire, dont la grossesse a été mal ou non suivie. La méconnaissance du système de santé français et de la possibilité d'un suivi de grossesse régulier, associé à la barrière de la langue et la peur des sanctions en cas de situation irrégulière semblent être des facteurs de risques non négligeables. De plus, même si ces cas n'apparaissent pas dans les études, on ne peut ignorer qu'un petit pourcentage des accouchements inopinés concerne sûrement des femmes ayant fait un déni de grossesse.

Gérés essentiellement par le SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) ou les pompiers, ces accouchements inopinés à domicile surprennent souvent par leur rapidité, empêchant tout transfert dans une structure adaptée. Les distances qui séparent le domicile des patientes et l'hôpital, et le temps nécessaire pour atteindre celui-ci, peuvent de même jouer un rôle dans ces situations.

Une enquête de 1999 sur les accouchements inopinés à domicile rapporte que les équipes SMUR interviennent sur 2000 à 2500 naissances à domicile par an en France. (9)

Une enquête de pratiques réalisée en 2003 afin de définir l'expérience des médecins du SMUR en matières d'accouchements pour en dégager leurs lacunes rapporte que 69% des médecins urgentistes déclarent ne pas se sentir à l'aise face à un accouchement, et que 85% des médecins interviennent en moyenne sur seulement un à deux accouchements par an.

Gestion des accouchements inopinés par le SAMU et le SMUR

L'équipe du SMUR a un rôle fondamental dans la gestion des accouchements inopinés à domicile. Elle doit déterminer l'imminence de l'accouchement, juger de la possibilité d'un transfert in utero, et dans le cas contraire, gérer l'accouchement, la délivrance, et les premiers soins à la mère et au nouveau-né, le tout dans un environnement peu adapté.

Modalités de l'accouchement

Sur le lieu de l'accouchement, l'équipe du SMUR doit évaluer rapidement la situation, afin de savoir si l'accouchement sur place est possible, voire même indispensable. Cette décision dépend particulièrement de l'existence de pathologies maternelles et/ou fœtales connues, de la confirmation du travail en cours, et de l'imminence avérée de l'accouchement.

Un accouchement à domicile doit être considéré comme un accouchement à risque de par le fait même qu'il ne se déroule pas dans une structure médicalisée permettant une prise en charge optimale de la mère et de l'enfant en cas de complications. Absence de matériel adéquat, de dossier obstétrical, personnel peu expérimenté sont autant de facteurs pouvant rapidement entraîner des complications dans un contexte déjà précaire.

C'est au médecin urgentiste d'évaluer un délai théorique jusqu'à l'accouchement en prenant en compte l'examen clinique général et obstétrical, ce qui nécessite de bonne connaissance en obstétrique. Le toucher vaginal (TV), associé au score de Malinas qui prend en compte notamment la parité, la durée du travail, les caractéristiques des contractions ou encore la perte des eaux, lui permet une estimation de ce délai.

Il est d'usage de considérer que si l'accouchement doit se produire dans un délai d'une heure ou plus, selon le score de Malinas, le SMUR peut transporter la patiente dans la maternité la plus proche adaptée à son état. Le cas échéant, le régulateur du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU (Service d'aide médicale urgente) est informé afin qu'il coordonne le transport entre le domicile et la maternité.

Si le score de Malinas est inférieur à une heure, l'équipe décidera dans la plupart des cas de réaliser l'accouchement à domicile. Il est en effet fort recommandé d'éviter tout accouchement durant le transport du fait des risques inhérents à l'environnement et aux conditions d'accouchement. (10)

La délivrance

Moment sensible de l'accouchement, la délivrance peut entraîner diverses complications difficilement gérables en dehors d'une structure médicalisée. Une hémorragie peut rapidement mettre en jeu le pronostic vital de la mère.

Le placenta se décolle généralement en moins de 30 minutes après l'accouchement.

Durant ce laps de temps l'équipe surveillera les constantes de la patiente ainsi que la possible apparition d'une hémorragie, qui peut être extériorisée ou non. La présence d'une tachycardie et d'une hypotension artérielle maternelle sont de bons indicateurs en ce sens, et peuvent être accompagnés d'une pâleur et/ou de sueurs. En cas de décollement placentaire incomplet, une délivrance artificielle suivie d'une révision utérine doit être réalisée le plus rapidement possible, afin de prévenir ou stopper une hémorragie de la délivrance.

Il n'existe pas de protocole spécifique en cas d'hémorragie de la délivrance hors d'une structure hospitalière. C'est à l'équipe sur place de juger de la possibilité d'un transfert rapide de la patiente vers une structure adaptée. (11)

Prise en charge du nouveau-né

Les premiers soins nécessaires au nouveau-né dépendent essentiellement de son terme ainsi que de la présence de complications durant le travail et/ou l'accouchement. Le score d'Apgar noté à plusieurs minutes d'intervalle permettra d'adapter la prise en charge de l'enfant et jouera dans la décision de l'envoi d'une équipe de SMUR pédiatrique sur le lieu de l'accouchement, ainsi que du transfert néonatal dans une structure adaptée.

Transport vers une structure hospitalière

Une fois stabilisée, la mère sera transférée vers la maternité la plus proche et la plus adaptée. (8, 11, 12, 13)

Le nouveau-né sera idéalement transféré dans une structure néonatale intégrée à la maternité où la mère est elle-même transférée. En l'absence de nécessité d'un transfert en néonatalogie, l'enfant suivra sa mère en service de suites de couches. Une fiche de liaison obstétrico-pédiatrique sera remise à l'arrivée, en plus des fiches de transport de la mère et de l'enfant. Elle comporte un résumé de la grossesse, du déroulement de l'accouchement, des premières minutes de vie de l'enfant et des gestes entrepris avec les résultats obtenus.

En cas de complications graves, le nouveau-né sera pris en charge par un SMUR pédiatrique (s'il en existe un dans la région), doté d'un matériel approprié et transféré en réanimation néonatale.

Pronostic maternel

Les manœuvres obstétricales sont exceptionnelles lors d'accouchements inopinés à domicile, principalement par manque de connaissances et de maîtrise de l'équipe médicale. En revanche les médecins urgentistes ont parfois recouru à l'épisiotomie.

Les principales conséquences de l'accouchement à domicile pour la mère sont les déchirures périnéales, dont le pourcentage varie de façon très importante selon les études, allant de 4 à 59% en l'absence de personnel médical présent au moment de l'accouchement, ainsi que les hémorragies de la délivrance (3%) (14). Certaines études rapportent que la délivrance se fait après transfert à la maternité dans 59% des cas.

Ces complications ne sont pas l'apanage exclusif des accouchements inopinés, mais s'ils sont aujourd'hui bien gérés en milieu hospitalier, ils peuvent rapidement prendre une tournure dramatique pour la mère en l'absence de prise en charge adéquate rapide.

Pronostic néonatal

Bien que l'eutocie soit souvent le corollaire de la rapidité de ces accouchements, le taux de morbidité et mortalité périnatale d'un enfant né hors d'une structure médicalisée reste significativement plus élevé qu'en maternité. (15, 16)

Une étude cas-témoin rétrospective réalisée par l'équipe du département de gynécologie obstétrique de l'université de Glasgow au Royaume-Uni, comparant les issues d'accouchements inopinés hors maternité (AHM) et au sein d'une maternité, rapporte une augmentation significative du nombre d'admission en néonatalogie pour les enfants nés hors maternité, atteignant 6,25 fois plus de transfert que les nouveau-nés nés dans le service d'obstétrique. Les principaux critères d'admission sont : hypothermie, hypoglycémie, prématurité, difficultés d'alimentation et détresse respiratoire transitoire. La mortalité périnatale est elle aussi significativement plus élevée avec 51,7/1000 décès périnataux lors d'AHM contre 8,6/1000 décès au cours d'accouchement en structure hospitalière. Ces décès concernent toujours des enfants prématurés. (17)

L'étude de l'unité de recherche des services de santé de l'université d'Helsinki en collaboration avec le département de santé publique d'Helsinki et l'hôpital universitaire d'Oulu en Finlande rapporte de même une différence significative du poids de naissance, inférieur chez les nouveau-nés nés hors maternité, un terme plus précoce, et un taux de mortalité périnatale 2,54 fois plus élevé à poids et âge gestationnel égal, par rapport aux nouveau-nés nés au sein d'une maternité. (18)

En France, les résultats de l'étude réalisée par les SMUR Marseillais rapportent des poids de naissance d'une moyenne de 2960g (extrême allant de 840g à 4250g), avec 19% de prématurés. L'adaptation à la vie extra-utérine est correcte avec 90% d'Apgar >7, et 4% de nouveau-nés nés en état de mort apparente (Apgar<4). Le taux de transfert des enfants est de 28% dont 4% en unité de réanimation néonatale. La mortalité néonatale précoce est de 3,7% dont 1% de décès immédiat et 7% après le transfert en unité spécialisée.

Les résultats de l'étude réalisée par les SMUR pédiatriques franciliens sont plus alarmants, mais portent sur un plus petit nombre de patientes prises en charge. En effet on retrouve 22% d'enfants nés en état de mort apparente, 40% de prématurés dont 28% de retard de croissance intra-utérin. Des gestes de réanimation ont été nécessaires dans 36% des cas dès la naissance ou dans les premières minutes de vie. La mortalité globale est de 9%. (14)

Il faut cependant prendre en compte la particularité des équipes du SMUR pédiatrique qui ne sont pas systématiquement présents sur les lieux des accouchements inopinés, mais le plus souvent appelés par les équipes du SMUR adultes lorsque l'état de l'enfant nécessite une prise en charge adaptée. Ces équipes sont donc naturellement plus confrontées à la prise en charge de nouveau-nés dont l'état est réservé.

Accouchements inopinés dans une autre maternité que celle de suivi

Le système médical Français est basé sur une continuité des soins, ainsi qu'un

accompagnement permanent tout au long de la grossesse. Ce fonctionnement a été renforcé par le plan de périnatalité 2005-2007 qui vise à mieux répondre aux attentes des usagers des maternités et à permettre à chacun un égal accès à des soins adaptés, et ainsi assurer une sécurité émotionnelle, médicale et sociale. Sa principale préoccupation est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins obstétricaux tout en organisant simultanément une meilleure écoute des femmes et de leurs partenaires. (19)

Une étude menée par la DREES à la fin de l'année 2006 a permis de recueillir les attentes et satisfactions des femmes ayant accouché en France. Il en ressort une perception très positive des femmes vis-à-vis de leur suivi de grossesse, ainsi que du déroulement de leur accouchement (plus de 95% de femmes ont déclaré être très ou plutôt satisfaites). Ce haut niveau de satisfaction se retrouve pour chacune des dimensions de l'accueil et de l'organisation des consultations de suivi : la fréquence et, avec des jugements un peu plus nuancés, les informations délivrées ainsi que la durée de ces séances. (19)

Le suivi de grossesse recommandé en France permet aussi au personnel médical de s'assurer du bon déroulement de la grossesse, et de pouvoir agir au plus vite en cas d'apparitions de complications, qui sont dépistées régulièrement notamment par différents examens cliniques et biologiques. Un suivi exclusif à l'hôpital permet de plus la tenue d'un dossier obstétrical regroupant tous les éléments de la grossesse pour une prise en charge optimale.

Dans le cas d'un accouchement dans une autre structure hospitalière que celle de suivi, tout ce processus d'accompagnement et de continuité des soins devient caduc.

Ce type d'accouchement doit être considéré par l'équipe obstétricale de garde comme un accouchement d'une grossesse non suivie, et ce jusqu'à l'obtention du dossier médical qui sera la plupart du temps faxé par la structure de soins d'origine dans des délais très aléatoires, et parfois de façon incomplète.

En effet, amenées par les pompiers ou le SMUR, ces patientes ne possèdent pas de

dossier dans la structure qui vient de les accueillir car n'y ont pas été suivies. Elles auront au mieux le double des résultats d'examens biologiques réalisés en ville, les 3 échographies de référence, ainsi que le carnet de maternité délivré par la Caisse primaire d'assurance maladie. Certaines patientes posséderont aussi les comptes-rendus de consultations de grossesse effectuées en ville par un gynécologue obstétricien ou une sage-femme libéral, jusqu'au 7^{ème} mois, date à laquelle les consultations se déroulent généralement dans la structure dans laquelle la patiente souhaite accoucher.

Contrairement aux accouchements inopinés hors maternité, il n'existe pas, à ce jour, d'étude permettant de connaître le nombre d'accouchements ayant lieu dans une structure de soins où la patiente n'était pas initialement suivie.

L'équipe obstétricale prenant en charge une femme enceinte n'ayant pas été suivie dans leur établissement doit être prête à gérer de nombreuses complications obstétricales et néonatales. A l'instar des accouchements à domicile, l'accouchement d'une patiente dont l'équipe obstétricale de garde ne possède aucune information quant au déroulement de la grossesse et aux possibles risques encourus, requiert une attention particulière, et doit être considéré comme un accouchement à risque élevé.

Il est impératif de joindre au plus vite l'hôpital où la patiente a été suivie afin d'obtenir son dossier médical.

Les difficultés et les complications rencontrées lors de la prise en charge de ces patientes doivent rappeler l'importance de la continuité des soins dans le bon déroulement d'une grossesse, ainsi que du choix d'un établissement adapté aux risques imputés à la grossesse, mais aussi à la localisation géographique des patientes.

La maternité Port-Royal, établissement de niveau III situé au cœur de Paris, a répertorié 3023 naissances en 2009. Cependant certaines patientes inscrites dans cette maternité et qui ont bénéficié d'un suivi de grossesse en son sein n'ont pas

accouché à Port-Royal. Accouchements inopinés à domicile ou dans une autre structure hospitalière sont autant de situations à risques qui pourraient être en partie prévenue par une information adaptée en anténatal auprès de patientes considérées comme étant à risque de se retrouver dans ces situations.

L'objectif de notre étude est donc de dresser un profil de patientes plus à même d'accoucher de façon inopinée à domicile ou dans un autre établissement que la maternité Port-Royal, en étudiant les dossiers de patientes suivie à la maternité Port-Royal mais n'y ayant pas accouché. Ces patientes seront ensuite comparées à des patientes ayant accouché à Port-Royal afin de faire ressortir le cas échéant des facteurs de risques notamment socio-économiques, psychologique, et liés au suivi de la grossesse. Enfin, des techniques de prévention seront proposées afin d'enrayer ces situations.

Matériel et méthode

Problématique

La prise en charge des femmes n'accouchant pas dans leur maternité de suivi posant de nombreux problèmes tant sur le plan médical qu'organisationnel (absence de dossier médical, stress de la patiente, continuité des soins interrompue) nous sommes intéressés à l'étude des patientes ayant été suivies à la maternité Port-Royal, mais ayant accouché inopinément hors de cette maternité, que ce soit à domicile ou dans une autre structure hospitalière.

Existe-t-il des facteurs de risque chez ces femmes à risque d'accoucher hors de leur structure de suivi ? Les accouchements de ces patientes sont-ils sources de complications obstétricales et/ou néonatales ? Certaines situations sont-elles évitables ? Le cas échéant, est-il possible de formuler des recommandations en anténatales afin de prévenir ces situations ?

Objectifs

Nos objectifs sont les suivants :

- Repérer des facteurs de risque d'accouchement hors de la maternité d'origine.
- Comparer les issues maternelles et néonatales entre les patientes ayant accouché dans la maternité d'origine, et celle n'y ayant pas accouché.
- Déterminer si certains cas étaient évitables et, le cas échéant, proposer des modifications de prise en charge en antepartum.

Hypothèses

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Les femmes accouchant à domicile ou dans une autre structure sont plus défavorisées socio économiquement.
- Ces femmes accouchant à domicile ou dans une autre structure ont un domicile plus éloigné de la maternité Port-Royal, que celles accouchant effectivement au sein de cette maternité

- L'accouchement inopiné en dehors de la structure de soin d'origine est une situation à risque de complications maternelles et néonatales
- Certaines de ces situations pourraient être évitables

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude cas-témoins rétrospective, sur dossiers, effectuée à la maternité Port-Royal.

Les patientes « Cas » incluses dans cette étude correspondent aux patientes s'étant inscrites à la maternité Port-Royal, dont le terme théorique se situait entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 septembre 2010, et n'ayant pas accouché à la maternité Port-Royal.

Nous avons repéré à l'aide de la base de données de Port-Royal toutes les patientes avec une « issue extérieure ». Nous avons ensuite exclu :

- Les patientes ayant bénéficié d'un diagnostic anténatal à la maternité Port-Royal
- Les patientes ayant été transférées de ou vers la maternité Port-Royal
- Les fausses couches tardives
- Les patientes ayant bénéficié d'une seule consultation au sein de la maternité
- Les patientes n'ayant pas effectué de consultation après 22 SA.
- Les dossiers ne comportant aucun élément permettant de connaître le lieu de l'issue de la grossesse
- Les patientes ayant déménagé pendant leur grossesse

Ces dossiers ont été exclus en nous basant sur la base de données DIAMM, ainsi que par vérification des dossiers eux-mêmes.

Nous avons ainsi retenu 40 dossiers de patientes prises en charge à la maternité Port-Royal pour leur suivi de grossesse et ayant accouché inopinément dans une autre structure ou à domicile.

Les patientes « témoins » ont été sélectionnées selon les mêmes critères d'exclusion. Elles ont accouché à la même date, au même moment de la journée (lorsque l'heure de naissance était connue), au sein de la maternité Port-Royal.

Le transfert in utero pour raisons maternelles ou fœtales était un critère d'exclusion pour les cas et les témoins.

La grille de recueil (Annexe) comprend des données :

- relatives au profil des parturientes
- relatives au suivi de la grossesse
- relatives aux modalités de l'accouchement
- relatives à l'état de l'enfant à la naissance et à sa prise en charge
- relatives au suivi maternel et néonatal en suites de couches

Les données relatives au profil des parturientes et au suivi de la grossesse proviennent des dossiers de suivi à la maternité Port-Royal.

Les indices de masse corporelle (IMC) ont été calculés à partir du poids avant la grossesse et de la taille des patientes.

Les professions ont été répertoriées selon leurs appartenances aux différentes « professions et catégories socioprofessionnelles » (PCS) établies par l'Insee.

Les distances entre la maternité Port-Royal et la ville de résidence ont été calculées à partir du site internet Google Map. La distance a été mesurée en prenant comme point de départ le centre-ville de la ville de résidence, et comme point d'arrivée l'adresse de l'hôpital. Pour chaque trajet, le kilométrage le plus faible a été gardé.

Dans le cadre du calcul de la distance entre le lieu de résidence et la maternité d'accouchement, 2 patientes (probablement en vacances) ont été exclues de ce calcul car ayant accouché respectivement à 403 et 419 km de chez elles.

De même, dans le cadre du calcul entre le lieu de résidence et la maternité Port-Royal, une patiente a été exclue car elle habitait à 80 km de la maternité Port-Royal. Cette distance importante n'a pu être expliquée après lecture attentive du dossier médical : elle n'était pas suivie dans le cadre d'un diagnostic anténatal, n'avait pas d'antécédent obstétrical particulier, et le dossier ne mentionnait pas de déménagement en cours.

Nous avons considéré comme « antécédent d'accouchement rapide » la présence du terme « accouchement rapide », ou équivalent, dans la partie des antécédents obstétricaux du dossier de chaque patiente. En l'absence d'une indication particulière, la patiente était considérée comme n'ayant pas eu d'accouchement rapide.

Pour les dossiers ne comportant pas d'information sur les modalités d'accouchement dans la structure extérieure, nous avons demandé par courrier au chef de service de la maternité de nous adresser un compte-rendu d'accouchement et de suites de couche.

Nous avons fait 32 demandes de comptes-rendus, et avons eu 20 retours. Nous avons donc pu exploiter 28 dossiers de patientes cas, 8 dossiers étant déjà complets aux archives de la maternité Port-Royal.

Dans le cadre des patientes ayant accouché à Port-Royal, les informations sur l'accouchement et les suites de couches étaient issues de leur dossier obstétrical.

Les groupes « cas » et « témoins » ont été comparés à l'aide des tests statistiques du Chi², de Fischer et du test t de Student de façon appropriée. Le logiciel utilisé était Stata version 10.0.

Présentation des résultats de l'étude

Population d'étude

Les femmes ayant accouché hors maternité étaient plus souvent multipares (30 multipares soit 75 %) que celles suivies et accouchées à Port Royal (21 multipares soit 52,5 %). Cette différence est significative ($p=0,03$).

Une grossesse gémellaire suivie à Port-Royal a accouché en dehors de la maternité : il s'agit de Mme G. 1^{er} geste 2^{ème} pare, qui a accouché à domicile à 24+3 SA de deux fœtus mort-nés. Elle avait été hospitalisée à la maternité Port-Royal à 23+2 SA pendant 5 jours pour menace de fausse couche tardive.

Les antécédents obstétricaux notables chez les patientes n'ayant pas accouché à Port-Royal étaient : accouchement prématuré (1 femme), menaces d'accouchement prématuré (1 femme), pré-éclampsie (1 femme), fausses couches tardives répétées (2 femmes), cancer du col de l'utérus traité (1 femme) et interruption médicale de grossesse pour malformation fœtale (1 femme).

Les antécédents obstétricaux notables chez les patientes ayant accouché à Port-Royal étaient : fausses couches tardives répétées (1 femme), grossesses extra-utérines répétées (1 femme), et hypertension artérielle sévère (1 femme).

Les femmes avaient un âge comparable dans les deux groupes ($30 \pm 6,1$ ans versus $32 \pm 5,8$ ans).

Les femmes du groupe cas avaient par ailleurs un IMC plus élevé ($25 \pm 6,6$) par rapport aux femmes ayant accouché à Port-Royal ($23 \pm 3,5$), mais pas de façon significative.

	Cas (n=40)	Témoins (n=40)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Gestité</i>			
1	8 (20,0)	14 (35,0)	
2	15 (37,5)	8 (20,0)	
3 et plus	17 (42,5)	18 (45,0)	0,15
<i>Parité</i>			
1	10 (25,0)	19 (47,5)	
2	20 (50,0)	9 (22,5)	
3 et plus	10 (25,0)	12 (30,0)	0,03
<i>Type de grossesse</i>			
Unique	39 (97,5)	39 (97,5)	
Gémellaire	1 (2,5)	1 (2,5)	1,0
<i>Antécédents obstétricaux pathologiques</i>			
oui	7 (17,5)	3 (7,5)	
non	33 (82,5)	37 (92,5)	0,16
<i>Age maternel (années)</i>	30 ± 6,1	32 ± 5,8	0,14
<i>IMC</i>	25 ± 6,6	23 ± 3,5	0,09

Tableau 1 : caractéristiques générales et obstétricales des parturientes

Contexte socio-économique

Il y avait le presque le même nombre de femmes de nationalité française dans les 2 groupes (16 femmes dans le groupe cas, 17 femmes dans le groupe témoin). Il y avait cependant 4 femmes maghrébines (10 %), 9 femmes du reste de l'Afrique (22,5 %), 5 femmes provenant d'Asie (12,5 %) et 6 femmes provenant d'autres pays (15 %) dans le groupe cas. Le groupe témoin rapportait 4 femmes européennes (10 %), 6 femmes maghrébines (15 %), 9 femmes provenant du reste de l'Afrique (22,5 %) et 4 femmes asiatiques (10 %).

Il n'y avait pas de différence significative entre les femmes ayant accouché à Port-Royal et celles n'y ayant pas accouché concernant le nombre d'enfant à charge.

On dénombrait dans le groupe cas plus de femmes célibataires (10 soit 25 % versus 4 soit 10 %), ou en concubinage (10 soit 25 % versus 9 soit 22,5 %)), tandis que les femmes du groupe témoin sont plus souvent mariées (25 soit 62,5 % versus 18 soit 45 %).

Les femmes ayant accouché au sein de Port-Royal exerçaient plus souvent une profession intermédiaire ou de niveau cadre à chef d'entreprise (19 soit 47,5 % versus 14 soit 35 %) tandis que les femmes ayant accouché hors de Port-Royal étaient plus souvent étudiantes ou sans activité (15 soit 37,5 % versus 9 soit 22,5 %). La profession était exercée en cours de grossesse chez 80 % des femmes du groupe cas et 58,1 % des femmes du groupe témoin. Ce résultat est cependant à nuancer car 2 dossiers n'étaient pas bien renseignés dans le groupe cas, et 9 dans le groupe témoin.

Il y avait plus de femmes couvertes par la sécurité sociale générale (+/- mutuelle) dans le groupe témoin (70 % versus 52,5 %) tandis que plus de femmes bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME) dans le groupe cas (17,5 % versus 7,5 %). Ici encore le nombre de dossiers non renseignés était élevé, avec respectivement 12 et 9 dossiers non remplis dans les groupes cas et témoins.

Le nombre de fumeuses pendant la grossesse est le même dans les deux groupes avec 17,5 % de fumeuses pendant la grossesse. 2 dossiers n'étaient pas renseignés dans chaque groupe. Aucune autre addiction n'a jamais été retrouvée dans les dossiers.

Concernant le contexte psychosocial, on retrouvait dans le groupe cas un quart des femmes présentant un contexte psychologique et/ou social particulier, et 32,5 % des dossiers n'étaient pas renseignés. Dans le groupe témoin, on retrouvait seulement 7,5 % de femmes présentant un contexte social particulier, mais 62,5 % des dossiers n'étaient pas renseignés.

On remarque que bien que les deux groupes présentent des résultats différents pour chaque variable du contexte socio-économique étudiée, aucune de ces différences n'est significative.

	Cas (n=40)	Témoins (n=40)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Origine ethnique</i>			
France et DOM-TOM	16 (40,0)	17 (42,5)	
Europe	0 (0,0)	4 (10,0)	
Maghreb	4 (10,0)	6 (15,0)	
Afrique	9 (22,5)	9 (22,5)	
Asie	5 (12,5)	4 (10,0)	
Autres	6 (15,0)	0 (0,0)	0,06
<i>Nombre d'enfant à charge</i>	0,90 ± 1,02	0,95 ± 1,09	0,83
<i>Catégories socio-professionnelles</i>			
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	0 (0,0)	1 (2,5)	
Cadres, PIS	3 (7,5)	3 (7,5)	
Professions intermédiaires	11 (27,5)	15 (37,5)	
Employés	10 (25)	11 (27,5)	
Ouvriers	1 (2,5)	1 (2,5)	
Etudiants	1 (2,5)	3 (7,5)	
Sans activité	14 (35)	6 (15)	0,44
<i>Profession exercée en cours de grossesse*</i>			
Oui	20 (80,0)	18 (58,1)	
Non	3 (12,0)	4 (12,9)	
NR	2 (8,0)	9 (29,0)	0,13
<i>Statut marital</i>			
Célibataire	10 (25,0)	4 (10,0)	
En concubinage	10 (25,0)	9 (22,5)	
Mariée	18 (45,0)	25 (62,5)	
Divorcée	1 (2,5)	1 (2,5)	
NR	1 (2,5)	1 (2,5)	0,44

	Cas (n=40)	Témoins (n=40)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Protection sociale</i>			
Sécurité sociale + mutuelle	13 (32,5)	19 (47,5)	
Sécurité social	8 (20,0)	9 (22,5)	
CMU/AME	7 (17,5)	3 (7,5)	
NR	12 (30,0)	9 (22,5)	0,36
<i>Tabagisme</i>			
Oui	7 (17,5)	7 (17,5)	
Non	31 (77,5)	31 (77,5)	
NR	2 (5,0)	2 (5,0)	1,0
<i>Contexte psychosocial</i>			
Psychologique	3 (7,5)	0 (0,0)	
Social	6 (15,0)	3 (7,5)	
Psychologique et social	1 (2,5)	0 (0,0)	
Aucun	17 (42,5)	12 (30,0)	
NR	13 (32,5)	25 (62,5)	0,05

* uniquement chez les femmes ayant une activité professionnelle en dehors de la grossesse (n=25 pour les cas et n=31 pour les témoins)

Tableau 2 : conditions socio-économiques des parturientes

Caractéristiques du suivi obstétrical

Un contexte d'antécédent d'accouchement rapide était mentionné dans 4 dossiers dans le groupe cas, et il n'y avait aucun antécédent d'accouchement rapide chez les patientes du groupe témoin. On ne note pas de différence significative entre les deux groupes.

L'âge gestationnel à la première consultation était plus tardif dans le groupe cas (17,75 ± 6,5 SA) que dans le groupe témoin (15,28 ± 5), mais pas de façon significative (p=0,06).

On remarque en revanche que l'âge gestationnel à la dernière consultation était significativement plus avancé dans le groupe témoin (39 ± 2,9 SA) que dans le groupe cas (35,73 ± 4,5 SA) (p<0,01).

Les patientes du groupe cas avaient significativement moins de consultations que les patientes du groupe témoin ($p < 0,01$), que ce soit au cours du suivi total de la grossesse, au centre d'explorations fonctionnelles ou aux urgences. Cependant on ne peut conclure à une différence significative dans le cadre du nombre moyen d'hospitalisations.

	Cas (n=40)	Témoins (n=40)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>ATCD d'accouchement rapide*</i>			
oui	4 (13,8)	0 (0,0)	
non	25 (86,2)	21 (100,0)	0,10
<i>AG à la première consultation (SA)</i>	17,75 ± 6,5	15,28 ± 5,1	0,06
<i>AG à la dernière consultation (SA)</i>	35,73 ± 4,5	39 ± 2,9	<0,01
<i>Nombre total de consultations</i>	6,60 ± 3,2	9,38 ± 3,2	<0,01
<i>Nombre de consultations au CEF</i>	0,70 ± 1,1	1,55 ± 1,9	<0,01
<i>Nombre de consultations aux urgences</i>	0,80 ± 1,1	1,70 ± 1,0	<0,01
<i>Nombre d'hospitalisations</i>	0,50 ± 1,0	0,36 ± 0,6	0,88
<i>Nombre d'interlocuteurs vu</i>	3 ± 2,6	5 ± 1,8	<0,01
<i>Dernière consultation faite aux urgences</i>			
oui	7 (17,5)	31 (77,5)	
non	33 (82,5)	9 (22,5)	<0,01

* uniquement les multipares (n=29 pour les cas, n=21 pour les témoins)

Tableau 3 : Caractéristiques du suivi de grossesse

On note aussi une diminution significative du nombre d'interlocuteurs vus pendant la grossesse dans le groupe cas par rapport au groupe témoin ($p < 0,01$).

La dernière consultation recensée dans le dossier obstétrical avait été faite aux urgences chez 7 femmes dans le groupe cas, contre 31 femmes dans le groupe témoin. Cette différence est significative ($p < 0,01$).

Caractéristiques géographiques

La distance entre la ville de résidence et la maternité Port-Royal était de $13 \pm 12,3$ km dans le groupe cas, et était de $7,6 \pm 6,1$ km dans le groupe témoin. On note une distance significativement plus faible dans le groupe témoin par rapport au groupe cas ($p = 0,02$). Les extrêmes allaient de 1,7 km à 44,6 km pour les femmes n'ayant pas accouché à Port-Royal, versus 1,1 km à 24,2 km dans le groupe témoin.

	Cas (n=39)	Témoins (n=40)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Distance moyenne ville de résidence / Maternité Port-Royal (km)</i>	13,0 ± 12,3	7,6 ± 6,1	0.02

Tableau 4 : Distance en kilomètre entre la ville de résidence et la maternité Port-Royal

On remarque de plus dans le groupe cas que la distance entre la ville de résidence et la maternité d'accouchement était plus faible ($11,4 \pm 9,1$ km) qu'entre la ville de résidence et la maternité de Port-Royal ($13 \pm 12,3$ km) mais de façon non significative ($p = 0,55$).

56% des patientes du groupe cas n'habitaient pas à Paris (versus 42,5 % des femmes du groupe témoin), et 29% habitaient à plus de 15 km de la maternité Port-Royal (versus 10 % des patientes du groupe témoin). 87,8% des patientes du groupe cas ont accouché dans un établissement hors de Paris.

	Ville / Port-Royal (n=39)	Ville / Maternité (n=37)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Distance (km)</i>	13,0 ± 12,3	11,4 ± 9,1	0.55

Tableau 5 : Comparaison des distances entre la ville de résidence et la maternité d'accueil, par rapport aux distances entre la ville de résidence et la maternité Port-Royal

Caractéristiques de l'accouchement

L'âge gestationnel moyen à l'accouchement était comparable dans les deux groupes ($38 \pm 4,1$ versus $38,55 \pm 3$ SA).

Le délais moyen entre la dernière consultation à Port-Royal des patientes cas et leur accouchement est en moyenne de 1 semaine et 4 jours, cependant 11 patientes avaient accouché moins de 4 jours après leur dernière consultation soit 32,4 % du groupe cas, dont 4 le lendemain de la consultation.

Etat maternel à l'accouchement

Les patientes ayant accouché dans une autre maternité ont plus souvent accouché par voie basse (82,1 %) que les patientes ayant accouché à Port-Royal (77,5 %). Les 5 césariennes en urgences réalisées chez les patientes cas avaient pour cause des utérus multi cicatriciels, anomalies du rythme cardiaque foetal ou stagnation de la dilatation.

L'un des deux cas d'hémorragie de la délivrance chez les patientes n'ayant pas accouché à Port-Royal était dû à une rétention placentaire hémorragique ayant nécessité une délivrance artificielle sous anesthésie générale, la péridurale ayant été insuffisante. Cette hémorragie a entraîné une anémie à 6,5g/dL d'hémoglobine, la patiente a reçu deux cures de Venofer® et est sortie à J13. La deuxième hémorragie de la délivrance n'est pas renseignée dans le compte-rendu de la patiente. Ses suites de couches étaient par ailleurs physiologiques.

Le liquide amniotique était clair chez 75 % des patientes cas, contre 68,3 % des patientes témoins.

On ne note aucune différence significative concernant les caractéristiques de l'accouchement entre les deux groupes.

	Cas (n=28)*	Témoins (n=40)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Age gestationnel à l'accouchement (SA) **</i>	38 ± 4,1	38,55 ± 3,0	0.56
<i>Délai moyen entre la dernière consultation et l'accouchement **</i>	1 SA + 4j ± 1 SA+ 6j		
<i>Nombre de patientes ayant accouché moins de 4j après la dernière consultation à Port-Royal **</i>	11 (32,4)		
<i>Type d'accouchement</i>			
Voie basse	22 (78,6)	25 (62,5)	
Voie basse instrumentale	1 (3,6)	6 (15,0)	
Césarienne	5 (17,9)	9 (22,5)	0,24
<i>Périnée</i>			
Intact	12 (42,9)	17 (42,5)	
Déchirure	9 (32,1)	12 (30,0)	
Episiotomie	4 (14,3)	10 (25,0)	
Périnée complet	0 (0,0)	1 (2,5)	
NR	3 (10,7)	0 (0,0)	0,21
<i>Hémorragie de la délivrance</i>			
oui	2 (7,1)	6 (15,0)	
non	26 (92,9)	34 (85,0)	0,28

	Cas (n=28)*		Témoins (n=40)		p
	N(%) / m±sd		N(%) / m±sd		
<i>Caractéristique du liquide amniotique</i>					
Clair	21	(75,0)	28	(68,3)	0,44
Teinté	4	(14,3)	3	(7,3)	
Méconial	2	(7,1)	8	(19,5)	
Sanglant	1	(3,6)	2	(4,9)	

* 28 dossiers cas pour lesquels nous avons pu récupérer l'ensemble des informations concernant l'accouchement et les suites de couches.

** concernent les femmes pour qui ces informations étaient disponibles (n=34)

Tableau 6 : Caractéristiques de l'accouchement

Etat néonatal à l'accouchement

On notait un nombre inversement proportionnel de garçons et de filles entre le groupe cas et le groupe témoins, résultat provenant sûrement des petits effectifs de nos deux groupes.

Les nouveau-nés issus du groupe cas avaient un plus petit poids de naissance par rapport au groupe témoin ($2982 \pm 761\text{g}$ versus $3197 \pm 672\text{g}$).

Les scores d'Apgar étaient comparables dans les deux groupes, avec aucun score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes quelque soit le groupe.

On notait cependant 3 morts fœtales in utero (MFIU), issues d'une grossesse unique et d'une grossesse gémellaire, toutes deux à 24 SA. Seul le compte-rendu concernant l'accouchement unique à 24SA nous ayant été renvoyé, c'est la seule MFIU prise en compte dans les résultats de l'étude, concernant l'accouchement et les suites de couches.

Des gestes de réanimation néonataux ont été entrepris sur un enfant issu du groupe cas, pour inhalation de liquide méconial.

Les gestes pratiqués sur les 8 enfants nés à Port-Royal ont été entrepris suites à des détresses respiratoires et des bradycardies, et 3 enfants ont dû être intubés.

2 nouveau-nés issus du groupe cas ont été transférés en néonatalogie ou réanimation-néonatalogie, tous deux pour détresse respiratoire.

Dans les cas des nouveau-nés nés à Port-Royal, les enfants transférés en néonatalogie, réanimation-néonatalogie ou unité mère-enfant étaient prématurés (4 enfants) et un enfant était porteur d'une trisomie 21 découverte à la naissance.

On ne note aucune différence significative concernant l'état néonatal à l'accouchement entre les deux groupes.

	Cas (n=28)	Témoins (n=41)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Sexe du nouveau-né</i>			
Féminin	17 (60,7)	16 (39,0)	
Masculin	11 (39,3)	25 (61,0)	0,06
<i>Poids moyen du nouveau-né (grammes)</i>			
	2982 ± 761,2	3197 ± 672,4	0,09
<i>Score d'Apgar moyen*</i>			
à 5 minutes	9,7 ± 0,8	9,7 ± 0,8	1,0
à 10 minutes	10,0 ± 0,0	9,9 ± 0,3	0,08
<i>Nombre d'enfants ayant un score d'Apgar <7 à 5 minutes*</i>			
	0 (0,0)	0 (0,0)	1,0
<i>pH moyen au cordon**</i>			
	7,28 ± 0,1	7,26 ± 0,1	0,56
<i>Gestes de réanimation en salle de naissance*</i>			
oui	1 (3,7)	8 (19,5)	
non	25 (92,6)	33 (80,5)	
NR	1 (3,7)	0 (0,0)	0,09

	Cas (n=28)	Témoins (n=41)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Transfert du nouveau-né*</i>			
Suites de couches de la maternité d'accouchement	20 (74,1)	36 (87,8)	
Suites de couches de Port-Royal Néonatalogie de la maternité d'accouchement	4 (14,8)	NA	
	2 (7,4)	5 (12,2)	
NR	1 (3,7)	0 (0,0)	0,39

* pour les enfants nés vivants (n=27) ** lorsque cela a été fait (n (cas) =11)

Tableau 7 : Caractéristiques néonatales

Déroulement des suites de couches

On remarque que les suites de couches étaient plus souvent pathologiques chez les femmes ayant accouché hors de la maternité Port-Royal (14,3 % versus 10 %). Les pathologies rencontrées étaient : insuffisance veineuse (1 femme dans chaque groupe), anémie sévère (3 femmes du groupe cas, 2 femmes du groupe témoins), ainsi qu'une pré-éclampsie dans le groupe témoin. Cependant cette différence n'est pas significative.

	Cas (n=28)	Témoins (n=40)	p
	N(%) / m±sd	N(%) / m±sd	
<i>Déroulement des suites de couches maternelles</i>			
physiologique	22 (78,6)	36 (90,0)	
pathologique	4 (14,3)	4 (10,0)	
NR	2 (7,1)	0 (0,0)	0,19

Tableau 8 : Caractéristiques des suites de couches maternelles

Le séjour du nouveau-né était plus souvent pathologique pour les enfants nés à Port-Royal, que les enfants nés hors de Port-Royal (19,5 % versus 11,1 %).

On rapportait dans le groupe cas deux cas d'ictères dont un causé par un déficit en G6PD, ainsi qu'un nouveau-né ayant eu une détresse respiratoire suite à une inhalation de méconium.

Dans le groupe témoin, 2 enfants ont reçu une antibiothérapie pour infection materno-foetale, 2 enfants ont nécessité une photothérapie, 1 enfant avait la clavicule cassée, 1 enfant était atteint de trisomie 21 et a été surveillé à l'unité mère-enfant, et 2 enfants (prématurés) avaient des problèmes d'alimentation et de prise de poids.

On ne note ici encore aucune différence significative concernant le séjour du nouveau-né.

	Cas (n=27)		Témoins (n=41)		p
	N(%) / m±sd		N(%) / m±sd		
<i>Déroulement du séjour du nouveau-né</i>					
physiologique	21	(77,8)	32	(78,0)	0,24
pathologique	3	(11,1)	8	(19,5)	
NR	3	(11,1)	1	(2,4)	

Tableau 9 : Caractéristiques du séjour du nouveau-né

Analyse des résultats

Profil des parturientes

Notre première hypothèse portait sur le profil socio-économique des parturientes accouchant hors de leur maternité de suivi. Nous avons tenté de dresser ce profil en nous basant sur les informations contenues dans leur dossier obstétrical et les caractéristiques de leur suivi de grossesse à la maternité Port-Royal.

- Age maternel

On ne note pas de différence significative concernant l'âge des patientes entre les deux groupes, qui se situe en moyenne à 30 ans pour les patientes cas et 32 ans pour les patientes témoins. Ces moyennes sont cohérentes avec l'augmentation de l'âge de la procréation en France. Les âges extrêmes sont aussi comparables (18 à 43 ans pour les patientes cas, 18 à 45 ans pour les patientes témoins). Les études réalisées sur les accouchements inopinés à domicile montraient des patientes globalement plus jeunes, caractéristiques que l'on ne retrouve pas dans notre étude. Il s'agissait essentiellement d'études américaines et du SAMU français (6) (15). De plus, Il faut rappeler que dans notre étude, seules deux patientes ont accouché à domicile.

- Parité

Les femmes ayant accouché en dehors de Port-Royal sont plus souvent multipares que les femmes ayant accouché à Port-Royal. Ce résultat est en adéquation avec les connaissances actuelles sur la corrélation entre multiparité et travail rapide (21). Et si l'on ne dispose pas de données sur la durée du travail de ces patientes, il semble réaliste de penser que le travail rapide a obligé ces femmes à se rendre à la maternité la plus proche de chez elles. Prévenir de façon systématique les femmes multipares que la rapidité du travail et de l'accouchement tend à augmenter avec le nombre de grossesses et ainsi les inciter à réagir plus rapidement en cas d'apparition de contractions douloureuses pourrait être un premier pas dans la gestion anténatale du risque d'accouchement hors de la maternité de suivi.

- Origine géographique

Il avait presque autant de femmes françaises que de femmes d'origine étrangère dans les deux groupes. Ce résultat est étonnant car on pouvait s'attendre à une plus grande proportion de femmes d'origine étrangère dans le groupe cas. Barrière de la langue, peur de représailles pour les femmes en situation irrégulière, mauvaise compréhension des conseils d'usages sont autant de freins à une bonne prise en charge des patientes étrangères et sont susceptibles d'amener les femmes à accoucher hors de leur maternité de suivi. Cependant, on ne peut exclure un manque de puissance du fait de notre faible effectif.

La prise en charge de patientes étrangères demande une attention particulière. En effet la période de la grossesse et de l'accouchement revêt un caractère très particulier dans beaucoup de pays et il peut arriver que culture et prise en charge médicales deviennent rapidement incompatibles dans l'esprit de certaines femmes.

Le cas de Mme S. est intéressant à étudier car ses choix et actes, mues par ses convictions personnelles, avaient peut-être un lien avec son origine (Mme S. était malienne) :

Mme S. s'était présentée à l'hôpital de Neuilly sur Seine à 40 SA pour rupture spontanée des membranes et liquide amniotique méconial, et avait déclaré à l'équipe obstétricale ne rien avoir de particulier dans son dossier de suivi à Port-Royal. Or Mme S. avait un utérus bicatriciel et son dossier obstétrical à Port-Royal mentionnait à plusieurs reprises son refus pour une troisième césarienne, et son désir d'accoucher par voie basse. L'obstétricien qui la suivait avait demandé un entretien avec Mme S. et son mari afin de pouvoir expliquer l'intérêt de cette prise en charge au couple. La patiente n'était jamais venue à cet entretien ni à aucune autre consultation. Sur le compte-rendu de césarienne envoyé par l'hôpital de Neuilly, était écrit : « A noter que la patiente était prévue être césarisée à l'hôpital Port-Royal. Elle est arrivée avec une rupture de la poche des eaux. Nous a caché qu'elle avait déjà eu des césariennes car elle voulait accoucher par les voies naturelles. Après avoir discuté longuement avec la patiente et en attendant son mari, enfin décision de réaliser la césarienne à 3 cm de dilatation. »

Le comportement de Mme S. est assez inquiétant et sans doute loin d'être anecdotique. Il est impossible de savoir si elle s'était sciemment rendue à Neuilly afin d'éviter d'être césarisée à la maternité Port-Royal, mais les faits semblent aller dans

ce sens. Elle avait cependant précisé être suivie initialement à la maternité Port-Royal, permettant à l'équipe obstétricale d'avoir finalement accès à ses antécédents. Il est par ailleurs impossible d'affirmer avec certitude que ses décisions proviennent d'un refus de soin en rapport avec ses croyances. Mais on imagine facilement que ce type d'actes pourrait avoir des conséquences dramatiques. Une prise en charge adaptée à ces patientes est donc indispensable, avec l'intervention de différents acteurs (médecins, sages-femmes, mais aussi psychologues voir anthropologues) si le besoin se fait sentir. Malheureusement les comportements de certaines patientes sont définis par leurs choix et croyances propres, sur lesquels aucune équipe ne peut avoir de contrôle total, et cette patiente en est un exemple flagrant.

- Activité professionnelle

Le groupe cas se caractérisait par un nombre important de femmes sans activité professionnelle, célibataires et/ou bénéficiant de la CMU ou de l'AME. De plus, un contexte psychosocial était noté dans 25 % des dossiers du groupe cas. On retrouvait ainsi dans les dossiers du groupe cas, des mères isolées, ayant parfois un antécédent de femme battue, une femme en exil ayant été victime de viol, des femmes vivant chez leur famille ou chez des amis, dans des conditions de logement peu adaptées à une femme enceinte, et a fortiori à l'arrivée d'un enfant.

Ces résultats, bien que non significatifs dans notre étude, vont dans le sens d'un niveau socio-économique plus faible chez les patientes cas. Absence de travail et célibat sont deux facteurs de risques de précarité pouvant notamment entraîner des situations d'isolement et des difficultés d'accès aux soins. CMU et AME sont réservées à des personnes en situation précaire.

Ces cas, pris un à un, sont autant de témoignages d'une précarité tant sociale que psychologique qui nécessitait une prise en charge adaptée du suivi de grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Plusieurs d'entre elles étaient suivies par l'assistante sociale ou/et les psychologues de la maternité. Or cette prise en charge globale, débutée à la maternité Port-Royal, a été interrompue pour ces femmes, étant donné qu'elles n'ont pas accouché sur leur lieu de suivi de grossesse, ce qui a eu pour conséquence de bloquer les suivis psychologiques et sociaux.

- Indice de masse corporelle

L'IMC des patientes atteignait une moyenne de 25 chez les patientes cas, caractéristique d'un surpoids, et on dénombrait 8 patientes ayant un IMC supérieur ou égal à 30, synonyme d'obésité. Bien que cette différence ne soit pas significative par rapport au groupe témoin, plusieurs études ont démontré un lien entre niveau social bas et surpoids. (22) Et au delà du reflet des conditions socio-économiques des patientes, l'obésité pendant la grossesse tend à augmenter les risques de macrosomie, diabète gestationnel, hypertension artérielle, complications vasculaires et thromboembolique, malformations fœtales et mortalité périnatale. (24) Une des deux grossesses marquées par des morts fœtales in utéro concernait d'ailleurs une femme ayant un IMC avant la grossesse à 39, soit une obésité de classe II (sévère). Malheureusement, en l'absence de compte-rendu il est impossible de savoir si cette obésité a eu un impact sur l'issue de cette grossesse.

Suivi de la grossesse

Les caractéristiques et la qualité du suivi de grossesse sont de bons indicateurs du niveau socio-économique. En effet les patientes en état de précarité ou possédant un contexte psychologie particulier ont souvent un suivi de grossesse moins bon, du fait de leur isolement et de leur pauvreté. Le Plan « périnatalité » 2005-2007 a d'ailleurs mis l'accent sur les enjeux médicaux liés aux situations de fragilité et préconise, en articulation avec les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), une amélioration des parcours d'accès aux droits et aux soins. (26, 27).

Les patientes du groupe cas effectuaient leur première consultation plus tard que les patientes ayant accouché à Port-Royal, avaient globalement moins de consultations, et leur dernière consultation s'effectuait en moyenne à 35 SA contre 39 SA pour les témoins. Ces deux derniers points montraient d'ailleurs des différences significatives dans notre étude. Comment expliquer ce manque d'assiduité envers leur suivi obstétrical dans le cas de nos patientes ? Manque d'explications sur l'intérêt d'un suivi régulier ? Nomadisme médical qui consisterai à effectuer deux suivis parallèles dans deux établissements de santé (publique/privé ?), pour n'en garder qu'un lorsque le terme approche ? Problèmes de transports ou difficultés liés à l'éloignement les empêchant de se rendre aux consultations ?

La situation socio-économique défavorable est peut-être effectivement une explication. Isolées socialement et vivant parfois en complète autarcie, certaines patientes n'ont pas forcément connaissance du système de santé français, de la gratuité du suivi dès le 6^{ème} mois et de l'intérêt pour elles et leur enfant d'un suivi régulier et adapté à chacune. Des informations concernant l'intérêt du suivi de grossesse tel qu'il est préconisé en France devraient être plus souvent explicitées à toute femme durant la première consultation de grossesse, et a fortiori envers les femmes qui semblent en situation socio-économique défavorables, ou d'origine étrangère.

D'autres patientes ont accouché de façon un peu surprenante dans une clinique. C'est le cas de trois patientes qui ont accouché dans trois cliniques privées situées respectivement à 1,2, 10,6 et 11,2 km de chez elles. Il est impossible de savoir si ces patientes avaient déjà consulté là-bas, ni même si elles y étaient suivies régulièrement. Cependant la possibilité d'un suivi parallèle en clinique privée et à Port-Royal ne peut être exclue. Arrivées à terme, ces patientes décideraient alors où accoucher en fonction du déroulement de leur grossesse, étant sûres d'avoir une place dans une maternité de type III si la grossesse s'était révélée pathologique, mais pouvant aussi bénéficier du confort d'une clinique privée si la grossesse s'était bien déroulée. Ce type de comportement entraîne alors des dépenses importantes de la sécurité sociale qui doit rembourser deux suivis de grossesse pour une seule et même personne. Nous n'avons reçu que le compte-rendu de l'accouchement de Mme Do. qui avait consulté dans une clinique en début de travail. Le compte-rendu rapportait qu'elle avait été césarisée en urgences pour métrorragies de sang rouge et suspicion d'hématome rétro-placentaire (infirmé par le résultat anatomopathologique du placenta). Ce type de comportement pose la question du libre choix des patientes à décider de leur lieu d'accouchement, mais aussi des lacunes de fonctionnement de la sécurité sociale, notamment dans la traçabilité des remboursements.

Le rôle et le fonctionnement des services de transports d'urgence doivent aussi être expliqués aux femmes enceintes. En effet la sectorisation géographique de ces services mobiles est la plupart du temps méconnue, et certaines patientes appellent pompiers ou SAMU, pensant être amenées sur leur lieu de suivi, et se retrouvent dans l'hôpital le plus proche de chez elles (où elles auraient dû s'inscrire en premier

lieu ?). Cette situation est désagréable et stressante pour la femme qui ne connaît pas les lieux ni le personnel, tout comme pour l'équipe obstétricale qui ne possède aucun dossier sur cette patiente, et doit composer avec l'arrivée de femmes n'ayant jamais été suivies chez eux.

Ce type de problème pourrait souvent être évité grâce à l'explication systématique en anténatal du fonctionnement de ces services et des obligations qui leurs incombent. Les cours de préparation à la naissance sont un bon moment pour aborder ce type d'informations. Malheureusement on peut supposer que les femmes possédant un contexte socio-économique défavorable doivent être nombreuses à ne pas assister à ces cours, de la même façon qu'elles ne viennent pas aux consultations.

Notre première hypothèse portant sur le profil des parturientes n'accouchant pas à la maternité Port-Royal est donc partiellement confirmée, car si on ne retrouve pas de différences significatives dans le contexte psycho-social entre nos deux groupes de patientes, le suivi de grossesse montre en revanche des lacunes significatives sans doute imputables à un niveau socio-économique faible.

L'absence de significativité dans les variables du contexte psycho-social peuvent provenir du manque de puissance de notre étude ainsi que du fort taux de dossiers mal ou non remplis.

Distances et transports

Notre seconde hypothèse portait sur les distances entre le domicile et la maternité. En effet, les femmes n'ayant pas accouché au sein de la maternité Port-Royal habitent en moyenne à 12,8 km, contre 7,9 km pour les patientes ayant accouché à Port-Royal. Cependant cette différence, si elle est significative, ne semble pas excessive. 12,8 km n'est pas une distance extrêmement importante à parcourir même en région parisienne, sachant qu'une parturiente accouche en moyenne à 14 km de chez elle en France de nos jours (25). Il faut alors ajouter que 56% des patientes du groupe cas n'habitaient pas à Paris (versus 42,5 % des femmes du groupe témoin), et que 29% habitaient à plus de 15 km de la maternité Port-Royal (versus 10 % des patientes du groupe témoin). Les infrastructures ferroviaires et routières permettent un accès relativement facile à la maternité, mais les trajets peuvent tout de même atteindre plus d'une heure pour certaines patientes. Se pose alors la question du choix de la maternité Port-Royal comme maternité de suivi,

sachant que plus de 80% des patientes du groupe cas ne présentent aucun antécédent nécessitant un suivi en maternité de type III.

Une des explications plausibles concerne la difficulté des trajets de banlieue à banlieue. Si ces trajets semblent plus rapides car la distance à effectuer est moins longue, ils sont en réalité souvent plus compliqués car mal desservis par les transports en commun. En effet le but premier des transports en commun parisiens est la possibilité de déplacement entre Paris et la région parisienne, et non entre banlieues ou départements, même limitrophes. Par exemple Mme J., habitant à Pontault-Combault était suivie à Port-Royal (à 30 km de chez elle, 50 minutes en transports en communs), mais a accouché à l'hôpital de Lagny Marne-la-Vallée (à 11 km de chez elle, mais 1h40 en transports en communs), amenée par les pompiers.

Cette hypothèse semble se confirmer lorsqu'on constate la distance moyenne entre le domicile des patientes du groupe cas et leurs lieux d'accouchement, qui est de 11,2 km, distance finalement proche de celle entre leur domicile et Port-Royal. Cependant les maternités concernées se situent cette fois très souvent hors de Paris (87,8% des patientes du groupe cas ont accouché dans un établissement hors de Paris). On peut facilement imaginer, même si cela n'est que rarement mentionné dans le dossier obstétrical de Port-Royal ou dans les comptes-rendus, que beaucoup de patientes ont fait appel aux pompiers ou au SAMU pour les transporter à l'hôpital, rarement conscientes que ces services d'intervention sont géographiquement sectorisés. Et si pour nombre d'entre elles non véhiculées, Port-Royal est facilement accessible en transports en commun, les véhicules de secours ont pour obligation d'amener les patients pris en charge dans l'hôpital le plus proche, adapté à leur état. Dans le cas de nos patientes cas, cela n'a jamais été la maternité Port-Royal.

Notre deuxième hypothèse est donc validée, les femmes suivies à la maternité Port-Royal mais n'y accouchant pas sont domiciliées plus loin que celles qui accouchent au sein de la maternité.

Accouchements et suites de couches

Il nous est également apparu important d'essayer d'analyser si ces accouchements dans une autre structure ou à domicile étaient plus souvent source de complication pour la mère et l'enfant.

- Accouchements

Les caractéristiques des accouchements des patientes n'ayant pas accouché à Port-Royal ne présentent pas de complications imputables au lieu de l'accouchement. Ainsi, le déroulement de l'accouchement, malgré l'urgence de la situation ne semble pas avoir été perturbé par l'absence de dossier obstétrical.

- Etat maternel en suites de couches

Les suites de couches sont simples pour plus de $\frac{3}{4}$ des femmes quelque soit le groupe. Les anémies rencontrées chez 3 patientes du groupe cas (2 césariennes en urgence et un accouchement par voie basse marqué par une rétention placentaire hémorragique) sont imputables aux circonstances des accouchements.

Il est difficile de savoir si les complications survenues en suites de couches chez les patientes du groupe cas se seraient aussi produites si elles avaient accouché à Port-Royal. Les hémorragies de la délivrance sont par nature impossible à prévoir, et Césariser reste un acte chirurgical, donc par définition risqué quelque soit le lieu où il est réalisé. Ces complications seraient probablement apparues même si ces accouchements avaient eu lieu à la maternité Port-Royal.

- Etat néonatal à l'accouchement et en suites de couches

On remarque que l'état général des nouveau-nés à la naissance est très satisfaisant quelque soit le groupe. En effet le score d'Apgar à 5 minutes ne descend jamais en dessous de 7 à 5 minutes de vie, et seuls 3 enfants ont un score d'Apgar égal à 9 à 10 minutes dans le groupe témoin, les autres nouveau-nés ayant un score de 10 dans les deux groupes.

On retrouve tout de même 2 enfants en néonatalogie pour détresse respiratoire dans le groupe cas, et 5 enfants (4 prématurés et un enfant porteur d'une trisomie 21) dans le groupe témoin. Ce résultat s'explique facilement sachant que la maternité Port-Royal, maternité de type III, accueille beaucoup de femmes présentant des pathologies pouvant entraîner des accouchements prématurés.

Les 3 morts périnatales retrouvées dans le groupe cas sont le fait de termes extrêmement précoces à 24 SA, associés dans le cas de la grossesse gémellaire à

un accouchement très rapide à domicile, et dans le cas de la grossesse simple à une rupture des membranes avec apparition d'une chorioamniotite.

Nous aurions pu décider d'apparier initialement les témoins sur l'âge gestationnel à l'accouchement mais ne disposant pas initialement de toutes les dates des accouchements dans le groupe cas, cela a été impossible.

Concernant les trois séjours pathologiques des enfants nés hors de Port-Royal, on dénombre deux ictères et une inhalation de liquide méconial ayant entraîné une détresse respiratoire et imposé un séjour en néonatalogie. Un des deux ictères (dû à un déficit en G6PD) a été traité à Port-Royal après transfert du couple mère/enfant. Les ictères ne peuvent être liés au lieu de l'accouchement, ni au séjour de la mère en suites de couches.

L'inhalation méconiale concerne le nouveau-né de Mme S. qui s'était présentée avec une rupture de la poche des eaux et un utérus bicatriciel, refusant toute césarienne. Or le liquide était méconial dès l'arrivée de la patiente, il ne peut surement pas être imputé à une mauvaise prise en charge de l'équipe obstétricale qui a agit le plus rapidement possible, une fois l'accord de la patiente obtenue.

Notre étude ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes concernant les issues maternelles et néonatales. On retrouve même légèrement plus de pathologies au sein de la maternité Port-Royal, résultat compréhensible du fait du niveau de la maternité qui est de type III, alors que les patientes du groupe cas ont accouché dans différents types d'établissements, allant du type I au III. Notre troisième hypothèse est donc infirmée.

Cas potentiellement évitables

Le délai moyen entre la dernière consultation et l'accouchement était de 1 SA et 4 jours. Cependant, on notait 11 patientes ayant accouché moins de 4 jours après leur dernière consultation, et 4 patientes ayant accouché le lendemain de leur dernière consultation :

- Mme K., 7^{ème} geste 2^{ème} pare (5 IVG) avait consulté au centre d'explorations fonctionnelles (CEF) à 39+4 SA. Le TV montrait un col intermédiaire, mi-long, souple, un doigt large sur toute la longueur (identique à celui effectué à 39 SA). La présentation céphalique était haute. Elle présentait quelques CU non douloureuses. Mme K. avait exprimé son désir d'être déclenchée car elle

habitait loin, mais la sage-femme avait estimé que le col n'était pas encore satisfaisant pour un déclenchement de convenance. Elle avait finalement accouché spontanément au centre hospitalier de Saint-Denis à 39+5 SA, soit le lendemain de sa consultation, après un travail rapide. Les suites de couches étaient simples.

- Mme R., 2^{ème} geste 2^{ème} pare avait été vue à 38+5 SA au CEF. Elle devait être césarisée à 39 SA pour bassin pathologique et utérus cicatriciel. Lors de la consultation le TV montrait un col postérieur, mi-long, tonique, 2 doigts sur toute la longueur. Elle ressentait des contractions utérines (CU) depuis 2 jours. Le lendemain de la consultation, l'hôpital de Gonesse appela pour prise en charge de Mme R. en début de travail. Elle fut césarisée en urgence là-bas. Les suites de couches furent simples.
- Mme S., primigeste primipare avait été vue aux urgences de la maternité Port-Royal à 40+4 SA pour pertes de sang marron. L'examen au spéculum ne montrait pas de présence de sang. Au TV le col était postérieur, mi-long à court, 2 doigts larges. Le segment inférieur était amplifié et la présentation céphalique appliquée. Elle ressentait quelque CU. Elle était rentrée chez elle avec une ordonnance de Spasfon et les conseils d'usage. Le lendemain elle avait appelé les pompiers et avait été transportée à l'hôpital Jean Rostand où elle avait été prise en charge à 3 cm de dilatation. Nous n'avons pas reçu de compte-rendu d'accouchement pour cette patiente nous permettant de connaître l'issue de la grossesse.
- Mme B., 2^{ème} geste 2^{ème} pare avait consulté à 40+6 SA au CEF de la maternité Port-Royal. Au TV le col était postérieur, long, ramolli, 1 doigt à l'orifice externe (OE), orifice interne (OI) non atteint. La présentation était appliquée. Elle avait quelques CU non douloureuses. Mme B. avait émis le souhait d'être déclenchée car elle habitait loin (à Saint Maurice), avait accouché très vite pour son premier enfant et ne souhaitait pas revivre la même expérience. Elle a finalement accouché à l'hôpital de Créteil le lendemain, puis a été transférée à Port-Royal pour les suites de couches qui avaient été simples.

Aucune de ces patientes ne vivaient à Paris, et seules deux présentaient des antécédents qui pouvaient nécessiter un suivi en maternité de type III (Mmes R. et B.). Ces deux patientes, qui habitaient respectivement à Arnouville les Gonesse et

Saint Maurice, étaient plus proches de deux établissements de type III, par rapport à Port-Royal. On peut alors se poser la question de l'intérêt d'un suivi au sein de la maternité Port-Royal, surtout pour Mme B qui avait un antécédent d'accouchement rapide.

La question du déclenchement des patientes multipares avec un col favorable et résidant loin de la maternité doit aussi se poser, a fortiori si elles ont un antécédent d'accouchement rapide. Ce type de déclenchement permettrait à la femme de se préparer, et ainsi éviter, ou du moins limiter ces accouchements inopinés hors de la maternité de suivi.

Une femme avec une grossesse gémellaire inclut dans notre groupe cas avait accouché inopinément à domicile. Il s'agit de Mme G., primigeste deuxième pare de 35 ans, ayant accouché de deux fœtus mort-nés à 24+3 SA. Mme G. était Française, mariée et exerçait la profession d'urbaniste. On notait dans les antécédents de Mme G. un poids de 105 kg pour 1,65 m (IMC=39), et la grossesse avait été obtenue par FIV. A 23+2 SA Mme G. était venue consulter pour pesanteurs pelviennes. Le TV trouvait un col 1/2 long, postérieur, ramolli, 1 doigt sur toute la longueur. L'échographie montrait un col à 20 mm dont l'OI était fermé. Le diagnostic de menace d'accouchement prématuré très modérée avait été établi, et devant la modification du col, les douleurs pelviennes, la grossesse gémellaire et l'angoisse maternelle très importante, Mme avait été hospitalisée en service de grossesses pathologiques. Du Loxen IV avait été débuté à 2mg/h et un bilan infectieux réalisé. Mme G. était sortie 5 jours plus tard à 23+6 SA, son col ne s'étant pas modifié et le bilan infectieux étant resté négatif. A 24+2 SA Mme G. avait commencé à ressentir des contractions utérines, appelé deux fois les urgences de Port-Royal dans la nuit, puis décidé le matin de se rendre à Port-Royal. Cependant l'intensification des contractions l'avait amené à appeler les pompiers alors qu'elle était toujours à son domicile. Elle a accouché à 11h20 du premier jumeau, pris en charge par le SAMU, mais sans succès. Le SAMU a tenté de la transférer vers l'hôpital le plus proche (Kremlin-Bicêtre) mais elle a accouché du deuxième jumeau à 12h20 toujours à son domicile. Les deux nouveau-nés étaient décédés à la naissance. Mme G. a finalement été transférée au Kremlin-Bicêtre. Les faits sont rapportés tels qu'il ont été notés dans le dossier obstétrical de Port-Royal, et malheureusement la demande de compte-rendu concernant ce cas n'a pas reçu de réponse.

Le cas de Mme G. est difficile à étudier par manque d'information. Pourquoi, ayant appelé deux fois les urgences de Port-Royal dans la nuit, n'a-t-elle décidé de se rendre à la maternité que le lendemain matin ? On peut supposer un manque de moyens de transports (elle habitait Villejuif, et rien n'indique si elle était véhiculée). Le cas échéant un appel précoce aux pompiers ou au SAMU aurait permis qu'elle soit rapidement transférée, certes pas à Port-Royal, mais dans une maternité de type III adaptée à son état. C'est là que pourrait se poser la question du choix d'une première inscription à la maternité Port-Royal, située à 6,1 km de son domicile, quand l'hôpital du Kremlin-Bicêtre était à 2,2 km de chez elle. Ces différences de distances semblent minimes, et n'aurait sans doute pas influé sur l'issue de cette grossesse, mais suivie plus près de chez elle, l'hôpital aurait déjà eu son dossier, et peut-être aurait-elle pu se rendre là-bas plus facilement.

Il est noté que la patiente avait appelé deux fois la maternité Port-Royal pendant la nuit, cependant ces appels ne figurent sur son dossier que lors du résumé concis de l'accouchement, écrit à posteriori. On peut se demander quelle a été la nature de la prise en charge téléphonique cette nuit-là, pourquoi l'intervenant téléphonique ne lui a pas conseillé de se rendre immédiatement à la maternité Port-Royal dès le premier appel ? Un défaut de prise en charge ne peut être exclu concernant ce dossier mais le manque d'informations ne nous permet pas de nous prononcer plus clairement.

Après analyse de ces différents cas, on peut imaginer que certaines situations auraient pu être évitées, principalement par un déclenchement programmé du travail, mais aussi par des explications sur le fonctionnement des équipes de secours mobiles. L'intérêt du choix de la maternité de suivi uniquement par la patiente doit aussi être réévalué, a fortiori si celui-ci amène à des accouchements inopinés comme ceux décrits ici. Notre troisième hypothèse, portant sur les cas évitables, est donc confirmée.

Propositions

Mieux identifier les patientes à risque permettrait peut-être de diminuer le taux d'accouchement en dehors de la maternité d'origine. Les femmes concernées sont principalement des multipares, parfois en situations sociales difficiles, voire précaires, et isolées. Leurs connaissances du système de santé français et de

l'intérêt d'un suivi de grossesse régulier sont sans doute très limitées, a fortiori concernant le fonctionnement des systèmes de secours mobiles. Les professionnels de santé devraient pouvoir accorder plus de temps à l'information des femmes en général, et plus particulièrement de ces femmes ayant un contexte psycho-social particulier, que ce soit pendant les consultations prénatales ou les cours de préparation à l'accouchement.

Les nouvelles compétences de la sage-femme en matière de contraception vont l'amener à pouvoir effectuer des consultations préconceptionnelles. Ce moment privilégié avec la patiente doit permettre aux professionnels de santé d'aborder le choix de la structure de soins adaptée à la femme en fonction des risques identifiés et de sa localisation géographique. Cela permettrait de mieux répartir les inscriptions en maternité, et d'éviter que la réputation et le confort d'un établissement empiètent sur la sécurité et l'emplacement géographique.

En effet la réputation d'excellence de la maternité Port-Royal attire certaines femmes, désirant le meilleur suivi possible pour leur grossesse, mais sans nécessité réelle d'un établissement de type III. En découle un afflux important de patientes, qui prennent peut-être la place d'autres femmes habitant plus près de la maternité Port-Royal, qui elles nécessitent un suivi obstétrical dans une maternité de type III et seront lésées par le manque de places disponibles.

Le choix initial de la maternité d'accouchement doit aussi être remis en question. Actuellement les femmes ont le libre choix de la maternité où elles souhaitent accoucher. Cependant on peut légitimement se demander si le choix de la maternité en début de grossesse ne devrait pas être réalisé par des professionnels de santé, après une première consultation qui permettrait de déterminer quelle type de structure est la plus adaptée et la plus proche du domicile de la patiente. Ce choix pourrait ensuite être réévalué en fonction de l'évolution de la grossesse, comme cela est déjà fait actuellement.

Un système de réseau centré autour d'une maternité et possédant plusieurs annexes médicales dans les différentes villes à proximité permettrait aussi de s'affranchir des problèmes de transports qui poussent les femmes à choisir les maternités en fonction de leur desserte par les transports en commun. Suivies dans ces cabinets médicaux rattachés à l'hôpital, mais plus proches de chez elles, ces femmes pourraient peut-être bénéficier d'un meilleur suivi. Les dossiers, informatisés, seraient accessibles depuis l'hôpital à tout moment.

Les accouchements hors de la maternité de suivi amènent d'ailleurs à la question du dossier médical et de l'intérêt de le laisser auprès de la patiente et non uniquement au sein de la maternité de suivi. La loi du 4 mars 2002 permet aux patients d'avoir un accès direct à leur dossier médical, et la possession du dossier médical par la patiente pourrait permettre une prise en charge plus rapide et adaptée par l'équipe obstétricale accueillant la patiente.

Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective de type cas-témoin. Il existe donc des biais liés à ce type de méthodologie en particulier un biais d'information avec un certain nombre de données manquantes. Les dossiers obstétricaux étaient souvent parfaitement remplis lorsque les données concernaient des faits médicaux. Les items psycho socio-économiques étaient en revanche souvent mal remplis, or ces données avaient une place importante dans notre étude.

Nos 32 demandes de comptes-rendus ont trouvé 20 réponses, nous n'avons donc pas pu analyser 12 patientes de la seconde partie de l'étude.

De plus, s'agissant d'un événement heureusement rare, l'effectif de chaque groupe était relativement faible, ce qui peut expliquer que certaines différences ne soient pas significatives du fait d'un manque de puissance.

Il existe un biais de mesure dans le calcul des distance entre les domiciles des patientes et les hôpitaux car si l'adresse de l'hôpital était toujours pris en compte dans nos mesures, seules les villes (et arrondissements pour Paris) étaient retenues pour l'adresse des patientes.

Un entretien auprès de chaque patiente du groupe cas aurait permis d'avoir une meilleure vue d'ensemble de chaque cas, et de récupérer des données intéressantes telles que le contexte de l'accouchement. Malheureusement le manque de temps ne nous a pas permis de mettre en place ces entretiens.

Forces de l'étude

Il existe plusieurs études sur les accouchements inopinés, notamment anglo-saxonnes et françaises, mais nous n'avons pas retrouvé d'étude portant sur les accouchements inopinés dans une autre maternité que celle d'origine.

Les groupes cas et témoins étaient issues de la même population, car toutes initialement patientes à la maternité Port-Royal.

L'étude porte sur des informations les plus exhaustives possibles, grâce aux comptes-rendus demandés et récupérés pour chaque patiente cas.

Conclusion

Les accouchements inopinés hors de la maternité d'origine sont des événements heureusement rares de nos jours à Paris. Le nombre encore important de maternités en Ile-de-France permet que ces phénomènes restent des cas particuliers mais peut aussi être la source de ces accidents. La région Ile-de-France compte le plus grand nombre d'étrangers en France et de fortes inégalités de revenus sont présentes. De plus le nombre de maternités sur le territoire francilien permet à la femme enceinte de pouvoir choisir sa maternité de suivi parmi plusieurs structures médicales, au risque parfois de privilégier le confort et la réputation à la proximité. Heureusement ces accouchements inopinés hors de la maternité d'origine ne sont pas source de complication particulière pour la mère et l'enfant. De plus une prévention en amont semble réalisable lors des cours de préparation à la naissance, des consultations prénatales, voire préconceptionnelles, grâce à des informations ciblées. Toutes les femmes enceintes sont concernées, avec un risque plus important chez les femmes en situation précaire, les multipares, les patientes habitant loin de la maternité, et les femmes ayant des antécédents d'accouchement rapide.

Bibliographie

- (1) HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. 2007.
- (2) DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. Le réseau des maternités entre 1996 et 2000, un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. *Etudes et résultats*, 2003, (225).
- (3) FLANDRIN K. L'accouchement à domicile en 1990. *Les dossiers de l'Obstétrique*, Mars 1991, 182 (20).
- (4) DUPUIS O, DE TAYRAC R, POILPOT S, MINAND S, FERNANDEZ H, FRYDMAN R, ET AL. Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2002, 30 (9), 677-683.
- (5) BELAISCHALLART J, FRYDMAN R, MARPEAU L. Accouchement en 2003 : quelle médicalisation ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2003, 31 (4), 388-392.
- (6) DECLERCQ E, MACDORMAN MF, MENACKER F, STOTLAND N. Characteristics of Planned and Unplanned Home Births in 19 States. *Obstetrics & Gynecology*. 2010, 116 (1), 93-99.
- (7) RUF H, OLIVIER S, GUIDICELLI B, RIGAL C, GAMERRE M, KASBARIAN M. Alternatives to hospitalization in gynecology-obstetrics. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. Paris, 1994, 23 (5), 554-562.
- (8) CHABERNAUD J. Accouchement inopiné hors maternité. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2004, 8 (6), 447-454.
- (9) JOUAN PL. Enquête sur les accouchements inopinés à domicile : Stratégie en régulation : Pédiatrie. *Médecine d'urgence*, 23 (6), 401-403.

- (10) MEYER J, REINARTZ I, PICHON A, ZERR V. Régulation par le centre 15 de l'accouchement inopiné extrahospitalier et prise en charge par le Smur. *Urgences Médicales*, 1996, 15 (6), 269-275.
- (11) GRIMALDI A, LACAM C, NIZARD J. Accouchement inopiné à domicile. in AKOS, *encyclopédie pratique de médecine*. Paris : EMC, 1998.
- (12) LECLERCQ G, ROZENBERG A. Prise en charge SMUR des pathologies liées à la grossesse. In : *Journées scientifiques de SAMU de France "SAMU SMUR et périnatalité"*, Bordeaux, 8 oct 2003.
- (13) LAURENCEAU-NICOLLE N. *Accouchement hors maternité : régulation de l'appel*. Paris : SFMU, 2008.
- (14) CHABERNAUD J. Accouchement inopiné hors maternité. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*, 2004, 8 (6), 447-454.
- (15) PRUDHOMME M, BARBIER M, FLEURY M. Accouchements inopinés hors maternité dans le département de la Seine-Saint-Denis. *Journal Européen des Urgences*, 1991, (4), 71-79.
- (16) Menthonnex E. *Réalisation d'un accouchement hors maternité*.
- (17) RODIE VA, THOMSON AJ, NORMAN JE. Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2002, 81 (1), 50-54.
- (18) VIISAINEN K, GISSLER M, HARTIKAINEN AL, HEMMINKI E. Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963-1995. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999, 78 (5), 372-378.
- (19) COLLET M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *Etudes et résultats*, sept 2008, (660).
- (20) Plan "périnatalité" 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.

- (21) ZHANG J, LANDY HJ, BRANCH DW, BURKMAN R, HABERMAN S, GREGORY KD, ET AL. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*, Déc 2010, 116 (6), 1281-1287.
- (22) POULAIN J, TIBÈRE L. *Food and insecurity. Anthropology of food* [Internet]. 14 oct 2008 [référence du 20 février 2011] <http://aof.revues.org/index4773.html>
- (23) RAVELLI A, JAGER K, DE GROOT M, ERWICH J, RIJNINKS-VAN DRIEL G, TROMP M, ET AL. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, mars 2011, 118 (4), 457-465.
- (24) SIMON M. Quatre étrangers sur dix résident en Ile-de-France. *INSEE - Ile-de-France à la page*, nov 2001, (203).
- (25) DOISNEAU L. Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile. *INSEE Premiere*, juin 2003, (903).
- (26) OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE. Santé des mères et des enfants de Paris. Etat des lieux pour le mise en place d'un Schéma départemental de la Protection maternelle et infantile. Paris, 2010.
- (27) Article D. 6124-35 du Code de la santé publique relatif à l'obstétrique, la néonatalogie, et la réanimation néonatale.
- (28) Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.
- (29) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Rennes : ENSP, janvier 1994.

Annexes

SUIVI DE GROSSESSE

Première consultation

AG lors de la première consultation :

ATCD accouchement rapide : OUI / NON

Consultations suivantes

Nombre de consultations totales :.....

Nombre de consultations au CEF :.....

Nombre de consultations d'urgence :.....

Nombre d'hospitalisation :.....

Nb jours tot :.....

Nombre de médecins/sages-femmes différents rencontrés lors des consultations :.....

Particularités notables lors des consultations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dernière consultation

AG lors de la dernière consultation :.....

Consultation en urgence :

- oui (motif et CAT noté) :.....
- non

Détails notables :

.....
.....

ISSU DE LA GROSSESSE

Date de l'acct :

AG à l'acct :

Mère en salle de naissance et suite de couche

Lieu d'accouchement : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> maternité (préciser) de niveau<input type="radio"/> domicile (préciser la prise en charge)<input type="radio"/> autre (préciser)	LA : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> LAC<input type="radio"/> LAT<input type="radio"/> LAM<input type="radio"/> LAS<input type="radio"/> NR
Voie d'accouchement : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> voie basse<input type="radio"/> extraction instrumentale<input type="radio"/> césarienne	Indication en cas d'extraction instrumentale/césarienne : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> stagnation<input type="radio"/> stagnation et ARCF<input type="radio"/> ARCF isolés<input type="radio"/> Autre (préciser)
Délivrance : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Naturelle<input type="radio"/> Dirigée<input type="radio"/> Complète<input type="radio"/> Incomplète<input type="radio"/> DA<input type="radio"/> RU	Périnée : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Intact<input type="radio"/> Episiotomie<input type="radio"/> Déchirure (degré)
	Hémorragie : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> < 1L<input type="radio"/> > 1L

Déroulement des suites de couches :

Nouveau-né en salle de naissance et suite de couche

Sexe :

- Féminin
- Masculin

Poids :

Apgar : 1 min..... 5 min..... 10 min.....

pH :

Poids de naissance :

Réanimation à la naissance : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> oui<input type="radio"/> non	Transfert : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Auprès de sa mère<input type="radio"/> Auprès de sa mère PR<input type="radio"/> RéaNéonat<input type="radio"/> NR
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Déroulement des suites de couches :

Accouchements inopinés hors de la maternité d'origine

Revue des cas de 2007 à 2010 et étude cas-témoins à la maternité Port-Royal

Les accouchements inopinés hors de la maternité de suivi posent de nombreux problèmes sur le plan médical, psychologique et organisationnel. Des patientes sur le point d'accoucher sont accueillies dans un environnement inconnu et prises en charge par une équipe qui ne possède pas leur dossier obstétrical.

Est-il possible de repérer en anténatal ces femmes susceptibles d'accoucher hors de leur maternité d'origine, ces situations entraînent-elles des complications obstétricales et néonatales, et certaines situations sont-elles évitables ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons choisi de mener une étude cas-témoins rétrospective sur dossiers, à la maternité Port-Royal. Nous avons inclus toutes les patientes inscrites à la maternité Port-Royal dont le terme théorique se situait entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 septembre 2010, et n'y ayant pas accouché. Nous les avons comparées à des patientes dont l'intégralité de la prise en charge a été effectuée à la maternité Port-Royal sur la même période.

80 patientes ont été incluses dans l'étude. Les patientes qui n'ont pas accouché à la maternité Port-Royal étaient plus souvent des multipares, issues d'un environnement psycho-social particulier. Le suivi médical de la grossesse était moins bon et ces femmes habitaient plus loin que celles ayant accouché à la maternité Port-Royal. Les issues maternelles et néonatales étaient comparables dans les deux groupes.

Notre étude nous permet de conclure que ces patientes présentent des facteurs de risques notamment concernant la parité et la domiciliation par rapport à la maternité Port-Royal. Cependant les accouchements inopinés hors de la maternité d'origine sont heureusement rares et n'influencent pas l'issue maternelle et néonatale.

Mots-clés : accouchement inopiné, maternité, parité, contexte psycho-social

Unexpected deliveries outside of home hospital

Review of cases from 2007 to 2010 and case-control study at Port-Royal maternity

Unexpected deliveries outside of home hospital are sources of complications on the medical, psychological and organizational level. Patients about to give birth are welcomed in an unknown environment, and supported by an obstetrical team who doesn't have any medical file about them.

Is it possible to identify in antenatal those women at risk of giving birth out of their maternity home, do these situations involve obstetrical and neonatal complications, and are some of them preventable?

In order to answer these questions, we conducted a retrospective case-control study on women who registered at the Port-Royal maternity, whose theoretical term was between January 1st 2007 and September 31st 2010 and have not given birth at Port-Royal maternity. Then we compared those women to the patients who were followed at Port-Royal maternity and had given birth at the same date and time of the day.

80 patients were included in the study. Patients who didn't give birth in Port-Royal maternity were mostly multiparous, with a particular psychosocial context, living the farthest from the maternity and whose medical supervision of the pregnancy was not as good as the one provided to patients who delivered at the Port-Royal maternity. Maternal and neonatal outcomes were similar in both groups.

Our study allow us to conclude that these patients have risk factors particularly related to parity and distance between their home and the maternity. However unexpected deliveries outside maternity home are fortunately rare and do not influence on maternal and neonatal outcomes.

Keywords : unexpected delivery, maternity, parity, psychosocial context