



HAL
open science

Grossesses inopinées au CHU de Clermont-Ferrand : étude sur le mode d'accouchement et les complications maternelles et néonatales

Marine Puissant

► **To cite this version:**

Marine Puissant. Grossesses inopinées au CHU de Clermont-Ferrand : étude sur le mode d'accouchement et les complications maternelles et néonatales. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01986217

HAL Id: dumas-01986217

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01986217>

Submitted on 18 Jan 2019

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**GROSSESSES INOPINEES AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE CLERMONT-FERRAND :
ETUDE SUR LE MODE D'ACCOUCHEMENT ET LES
COMPLICATIONS MATERNELLES ET NEONATALES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Marine PUISSANT

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**GROSSESSES INOPINEES AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE CLERMONT-FERRAND :
ETUDE SUR LE MODE D'ACCOUCHEMENT ET LES
COMPLICATIONS MATERNELLES ET NEONATALES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Marine PUISSANT

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de ce mémoire.

Marine Pranal, ma directrice de mémoire, pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir conseillée et guidée tout au long de ces deux années.

Michèle Balsan, ma codirectrice, pour ses conseils avisés.

Aurélien Mulliez, pour son aide précieuse et sa collaboration depuis le début de ce projet.

Isabelle Rodier, pour son aide quant au recrutement des femmes dans cette étude.

Je tiens à remercier également :

Emilie et Marie, pour leur soutien lors de nos longues journées passées dans les bureaux du CHU ;

Lana et ma maman, pour leurs relectures bienveillantes ;

Chloé, pour sa présence et son talent si nécessaire ;

Anaïs, Audrey, Eva, Lucie, Laëtitia et Emma pour leur soutien sans failles et ces magnifiques quatre années passées ensemble ;

François, pour son soutien indéfectible ;

Mes parents, ma famille et mes amis pour leurs encouragements.

GLOSSAIRE

CHU : Centre hospitalier universitaire

IVG : Interruption volontaire de grossesse

SA : Semaines d'aménorrhées

NR : Non Renseigné

DOM-TOM : Départements et territoires d'Outre-Mer

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

BEP : Brevet d'études professionnelles

RSA : Revenu de solidarité active

RSI : Régime social des indépendants

API : Allocation parent isolé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IMC : Indice de masse corporelle

MAP : Menace d'accouchement prématuré

HTA : Hypertension artérielle

m(ET) : Moyenne (écart-type)

ENCMM : Enquête nationale et confidentielle sur la mortalité maternelle

ENP : Enquête nationale périnatale

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	3
I. Désir de grossesse, désir d'enfant.....	4
II. Grossesse inopinée	10
III. Notion de risque à l'accouchement	17
POPULATION ET METHODE.....	23
I. Etude et objectifs	24
II. Population.....	24
III. Méthode.....	25
IV. Analyse des données	28
V. Aspects éthique et règlementaire.....	29
RESULTATS	30
I. Sélection des dossiers	31
II. Analyse descriptive univariée.....	32
III. Analyse multivariée de l'objectif principal.....	43
DISCUSSION	46
I. Points forts de l'étude	47
II. Limites de l'étude	48
III. Discussion des résultats.....	49
IV. Projet d'action.....	55
CONCLUSION.....	56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

La maîtrise de la fécondité est aujourd'hui considérée comme un droit pour toute femme. Elle a ainsi été l'objet de nombreuses luttes par le passé. La régulation des naissances semble avoir été une préoccupation, mais le principe même des grossesses non désirées est apparu bien plus tard. Au fil des années, l'accès à la contraception moderne s'est démocratisé et l'accès à l'interruption volontaire de grossesse est devenu de plus en plus aisé. Cependant, aujourd'hui encore, de nombreuses femmes débutent chaque année une grossesse de manière inopinée. Il est alors difficile de parler de forte maîtrise de la fécondité en France, puisque malgré l'importante couverture contraceptive, le taux d'interruptions volontaires de grossesse et de grossesses inopinées menées à terme reste conséquent. Il s'agit donc d'une véritable réalité et un enjeu majeur dans la vie des femmes.

Cependant, peu d'études s'intéressent aujourd'hui aux grossesses inopinées menées à terme et notamment au moment de l'accouchement et aux complications associées. Ainsi, au vu des différentes complications possibles et de la prévalence de ces grossesses inopinées, il apparaissait intéressant de réaliser une étude sur ce sujet afin de mieux connaître et décrire ces situations. De plus, la sage-femme a un rôle prépondérant auprès de ces femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

L'objectif de cette étude était de décrire et de comparer le mode d'accouchement en cas de grossesse inopinée ainsi que les complications maternelles et néonatales associées. Afin de répondre à ces objectifs, une revue de la littérature a été réalisée abordant tout d'abord la notion de désir de grossesse, puis un état des lieux des grossesses inopinées, et enfin la notion de risque à l'accouchement. La méthode utilisée ainsi que la population décrite dans cette étude ont ensuite été exposées. Par la suite, les résultats ont été détaillés, et leur analyse est décrite dans la partie de discussion. Cette partie comporte de plus la comparaison des résultats retrouvés aux données de la littérature. Pour finir, de potentiels projets d'action ont été abordés.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Désir de grossesse, désir d'enfant

1. Définitions

i. Le désir

Le désir est la recherche d'un objet que l'on imagine ou que l'on sait être source de satisfaction. Il trouve son origine dans l'inconscient et est propre à chaque individu. Il nous propulse dans une quête perpétuelle puisqu'il se déplace continuellement d'objet en objet : à peine assouvi, il s'empresse de renaître. Il est à la fois manque et production, destructeur et entreprenant. En tant que puissance d'affirmation, le désir serait l'essence de l'homme, créateur de lui-même et de ses œuvres. (1)

Le désir de grossesse et d'enfant repose aujourd'hui sur la volonté de la maîtrise de tout et notamment de la reproduction humaine. L'inconscient est maître dans ce domaine et contrecarre parfois les projets envisagés. Il est cependant important de distinguer le désir de grossesse et le désir d'enfant.

Le désir de grossesse peut se présenter à une femme sans qu'elle ne souhaite réellement d'enfant. Il se manifeste chez la femme et provient de l'instinct de reproduction. C'est un reflet de la capacité d'être femme par rapport à un homme, d'être capable de porter la vie, de se sentir comblée, de compenser un déficit affectif... Ce désir permet d'affirmer sa féminité et son statut de femme. Il peut cependant poser un certain nombre de difficultés si celui-ci est présent mais que le désir d'enfant ne l'est pas. Ainsi, certaines femmes, parfois très jeunes manifestent ce désir de grossesse sans désir d'enfant ou alors elles désirent un enfant pour elle-même afin de colmater un manque. Dans ce cas-là, c'est une manière de satisfaire un désir purement narcissique. (2)

Le désir d'enfant, quant à lui, se réfère à la vie psychique. Il concerne les femmes et les hommes et correspond à la capacité des individus à devenir parents. C'est un désir qui se construit tout au long de la vie. L'objet du désir devient alors cet enfant à naître qui est imaginé dans un premier temps. Cet enfant imaginaire est le fruit des souhaits conscients et inconscients parentaux nourris par leur imaginaire. Il deviendra par la suite un enfant réel au moment de la naissance, bien distinct de celui imaginé précédemment. (2,3)

ii. Le besoin

Le besoin s'apparente à une sensation de manque, d'inconfort, de privation de ce qui nous est nécessaire, et correspond à la recherche d'objets de satisfaction. Il impose une nécessité de combler ce manque. (1)

Il existe deux types de besoins : les besoins innés ou naturels et les besoins acquis ou culturels. Les besoins innés sont d'ordre physiologique et leur assouvissement est nécessaire à plus ou moins long terme au maintien de la vie. Les besoins acquis sont plutôt d'ordre psychologique et social, et leur assouvissement n'est pas obligatoirement nécessaire. Un grand nombre de ces besoins suivent la complexité de l'histoire, des évolutions de la société et des modes de vie. Ils prennent ainsi différentes formes d'une époque à l'autre, d'un pays à l'autre. (1)

Le désir d'enfant peut parfois prendre l'aspect d'un besoin. Il y a ainsi un glissement du désir vers le besoin d'enfant. Le besoin d'enfant est d'ordre social. Il devient alors une recherche inconsciente de conformité sociale, un besoin de ressembler à un modèle socialement valorisé et porteur à la fois de reconnaissance et d'intégration sociale. Chez certains individus, il devient un besoin impérieux, nécessaire d'être assouvi pour leur propre équilibre. Ce besoin obsédant provient la plupart du temps de problèmes de fertilité au sein du couple ou d'incapacité à avoir un enfant (femme ou homme seul, couples homosexuels...). (4)

A ce propos, Willy Pasini, un psychologue et sexologue italien écrivait : « Les bons enfants à venir sont ceux qu'on peut désirer sans qu'ils soient indispensables. Ce sont des enfants sur lesquels on peut projeter un désir, en espérant qu'il ne s'agisse pas d'un besoin ; ceux au fond dont on pourrait se passer. »

2. Fondements du désir d'enfant

Les processus psychiques du désir d'enfant sont une construction élaborée depuis l'enfance et façonnée par notre environnement tout au long de la vie. Ils ne suivent pas la même évolution chez l'homme ou chez la femme. Ces processus semblent cependant complexes et sujets à débat. Le psychisme joue un rôle prépondérant dans la naissance de ce désir et la rivalité entre les individus au cours de leur vie, en est une donnée clé.

i. Au sein du couple

Le désir d'enfant est dit universel et biologique. Mais il soulève de multiples problématiques conscientes ou inconscientes d'autant plus qu'il est lourd de conséquences.

Tout d'abord, se reproduire est un élan naturel. Depuis la nuit des temps, toutes les espèces tendent à se reproduire, cela relève de l'ordre du vivant et de la survie de l'espèce. Cet instinct de reproduction naît biologiquement au moment de la puberté avec les pulsions sexuelles, mais l'enfant naît quand l'instinct reproducteur coïncide avec le désir d'enfant. (2,5)

De plus, les êtres humains sont façonnés par leur société. Ainsi la norme sociale doit être reproduite pour ne pas être mis à l'écart et être intégré au sein de la société de son temps. L'imprégnation du modèle parental fait que soit l'individu décide de le répéter, soit qu'il souhaite aller à l'encontre de ce principe. (5)

Le désir répond aussi à une soif d'immortalité. Avoir un enfant correspond au fait de se reproduire, c'est-à-dire de recréer une part de soi-même dans un nouvel individu qui perpétuera sa propre existence. C'est un moyen de ne pas tomber dans l'oubli et de continuer à exister à travers un nouvel être. (3)

De plus en plus, le désir d'enfant naît dans un couple afin de sceller leur amour. C'est un projet élaboré par deux individus, source d'épanouissement et de création familiale. De façon pragmatique, il apparaît que ce projet associé à un désir d'enfant se forme, dans la plupart des cas, à un moment de stabilité : tant professionnel, que matériel et financier, qu'émotionnel et affectif... Ainsi, selon une étude réalisée par le Réseau des Observatoires des Familles en 2013, l'objectif majoritaire du désir d'enfant est de fonder une famille. Le but étant en priorité de créer une cellule familiale et d'en assurer la protection et le bien-être. La stabilité du couple et de ses moyens matériels et financiers est un préalable important à ce désir d'enfant. (6)

ii. Chez la femme

Le désir d'enfant chez la femme est un processus complexe qui commence dès la petite enfance : le désir d'enfant est un désir d'enfance. La petite fille s'identifie rapidement à sa mère (ou à la fonction de sa mère) dans ses jeux par imitation : elle reproduit sur ses poupons la fonction maternelle qui passe par le dévouement, la chaleur, la tendresse... (2)

S'en suit la phase œdipienne vers 4-5 ans, où la fillette s'éloigne peu à peu de sa mère pour se rapprocher de son père. Ce phénomène est inconscient et involontaire. La fillette va éprouver des sentiments d'amour violents envers son père et une jalousie grandissante envers sa mère. L'objet d'amour se déplace de la mère vers le père : la fillette va alors entrer en concurrence avec sa mère et vouloir, comme elle, un enfant de son père. Elle se terminera quelques années plus tard lorsque l'enfant aura appris la notion de pudeur et qu'il sera capable de refouler ses pulsions et de trouver d'autres objets d'amour que ses parents. Selon Freud, c'est l'angoisse de castration qui fait entrer la fillette dans la phase œdipienne : elle désire posséder un pénis et rejette alors sa mère qui n'en a pas et qui n'a pas pu lui en donner un. La fillette rejette par la suite ce désir d'avoir un pénis comme son père pour désirer avoir un enfant de son père à la place de ce pénis qu'elle n'a pas. Elle renoncera par la suite, par identification à sa mère et par appropriation de sa personnalité féminine. (7,8)

Tout ceci est alors un préambule au désir d'enfant qui se manifestera par la suite. Ainsi, selon Monique Bydlowski, neuropsychiatre et psychanalyste, le désir de grossesse chez la femme résulte de trois choses : la volonté d'être identique à sa mère, le vœu d'obtenir un enfant de son père et la rencontre de l'amour sexuel pour un homme du présent. (5)

Ainsi, le désir d'enfant nécessite une reconnaissance et un rapprochement avec sa propre mère. Ce désir prend son origine dans la relation précoce de la mère potentielle avec sa propre mère. Une fois enceinte, la femme rencontre sa propre mère et la reconnaît à l'intérieur d'elle-même. Un trouble de la relation, qu'elle soit de l'ordre de la haine ou de la vénération, pourra entraîner des problèmes pour cette femme à avoir des enfants. Elle doit accepter d'être le prolongement de sa propre mère mais en s'en différenciant.

Il y a, de plus, un passage du corps de jeune femme à celui de mère, chamboulement profond dans l'identité de la femme. Elle va également subir un changement de statut social : le statut de mère est valorisée et reconnu au sein de la société et synonyme d'intégration sociale. (3)

iii. Chez l'homme

Le désir d'enfant chez l'homme est beaucoup plus tardif que chez la femme : c'est le résultat d'une longue maturation psychique.

Il existe une importante notion de rivalité dans ce désir d'enfant chez l'homme avec son propre père : pour devenir père, il faut affronter le sien. Le complexe d'Œdipe, comme chez la femme, va mettre en place cette rivalité : le garçon souhaite prendre la place de son père pour séduire sa mère. Il va éprouver au fil des années de plus en plus d'hostilité pour son père et la confrontation est une étape à franchir à l'adolescence. Lorsque l'homme souhaite un enfant, il veut inconsciemment devenir un père comme son père, être son égal, le détrôner et être père à sa place : il est alors replongé dans le passé en revisitant sa propre enfance et ses relations avec les figures paternelles. Les hommes qui fuient la confrontation avec leur père n'éprouvent généralement pas de désir d'enfant.

Le désir d'enfant se rapporte surtout à un désir d'assumer la fonction sociale de père. Il s'agit d'un nouvel engagement : il laisse derrière lui son adolescence pour se projeter dans une vie nouvelle. Cela lui permet aussi d'affirmer sa virilité en prouvant sa capacité de procréer et en devenant le protecteur familial. (7,8)

3. Ambivalence du désir

L'ambivalence correspond à l'alternance de pensées contradictoires envers un sujet. Le désir entretient souvent avec l'objet désiré cette relation ambivalente : il veut et ne veut pas être satisfait. Dans le cadre du désir d'enfant, de multiples opposés se confrontent, le psychisme étant très intimement lié au corps. Ce sentiment d'ambivalence est propre à chacun, fonction de son histoire personnelle, de son vécu...

L'ambivalence du désir d'enfant se base sur une constante instabilité entre attirance et rejet. Il existe à la fois une attirance envers cette grossesse ou cet enfant, en raison de la sensation de sécurité qu'apporte le comblement physique et psychique, et un rejet à cause de la crainte d'un certain morcellement physique et psychique. C'est aussi l'attraction et le rejet de l'inconnu : l'inconnu fait peur mais attise la curiosité. De plus, tout être humain possède en lui une violence archaïque. Ainsi, un sentiment constant va se présenter, un conflit entre le désir conscient de prendre soin d'un enfant et le désir inconscient de lui faire du mal. (7)

L'ambivalence peut aussi être due au fait que la femme n'est pas forcément prête à endosser le rôle de mère : il faut pouvoir accepter de changer de statut. Elle n'est pas forcément prête non plus à s'engager complètement dans ce projet conjugal qui va modifier sa vie de couple. (5)

La grossesse a une composante psychique aussi importante que la composante physique : un juste équilibre est nécessaire pour tomber enceinte. Parfois, le désir est réellement présent mais le corps refuse : il peut y avoir un interdit qui empêche cette grossesse (deuil, vécu traumatique, relation difficile avec sa mère, peur de la grossesse, peur d'élever un enfant, peur de voir son corps changer...). Le psychisme peut alors créer des infertilités de toute pièce. (4)

4. Grossesses imprévues

Le psychique peut effectivement prendre le pas sur le biologique et aboutir à une grossesse non prévue par la femme ou le couple. Ainsi, le désir de grossesse plus ou moins conscient peut pousser au passage à l'acte avec un déni du risque de grossesse. (2)

II. Grossesse inopinée

1. Définition

Une grossesse inopinée est un état de grossesse qui survient de manière totalement inattendue, sans que l'individu ne l'ai prévu. Elle peut regrouper différentes catégories de survenue de grossesse : les grossesses mal planifiées où la femme aurait pu souhaiter une grossesse mais pas à ce moment précis, et les grossesses non désirées où la grossesse n'était, dans ce cas, pas voulue du tout. Cependant, une définition précise de la grossesse inopinée n'est pas établie : elle peut donc être sujette à de multiples interprétations.(9,10)

2. Epidémiologie

Dans le monde, environ 211 millions de grossesses ont cours chaque année. Mais, parmi celles-ci, près de 87 millions ne sont pas prévues et la femme se retrouve enceinte sans l'avoir souhaité. Plusieurs solutions s'offrent à ces femmes : poursuivre la grossesse ou réaliser un avortement. Hors, dans de nombreux pays, l'avortement est illégal et poursuivre la grossesse est un choix beaucoup plus simple que de la supprimer. Malgré cela, certaines prennent ce risque d'avorter en toute illégalité et de s'exposer à un risque pour leur propre vie et leur santé future. Ainsi, malgré ces interdictions, près de 46 millions de grossesses dans le monde finissent par un avortement provoqué mais seulement 60 % de ceux-ci sont réalisés dans de bonnes conditions de sécurité. Ces risques encourus prouvent donc qu'il est vital pour ces femmes de pouvoir maîtriser leur fécondité. (11)

En France, malgré une couverture contraceptive médicale importante (et une des plus élevées au monde), une étude de Bajos de 2004 a déterminé qu'un tiers des grossesses reste non prévues et que parmi celles-ci, six grossesses sur dix aboutissent à une interruption volontaire de grossesse. Cela signifie donc qu'environ 13 % des naissances en France sont issues d'une grossesse inopinée. Ce taux est en légère augmentation depuis quelques années et reste relativement fréquent malgré les avancées de la contraception et de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Un chiffre de 15,7 % a aussi été retrouvé dans l'enquête nationale de périnatalité de 2016 avec 12,2 %

des patientes ayant déclarées que la grossesse était voulue plus tard et 3,5 % des patientes qu'elles auraient préféré de pas être enceintes. Les grossesses inopinées sont donc une véritable réalité dans la vie des femmes. (12,13)

3. Etiologies

Il est possible de retenir deux principales raisons à ces grossesses inopinées bien qu'elles soient à adapter selon le pays : la non-utilisation d'une contraception ou l'échec de celle-ci. Une étude française de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) de 2007 a démontré que parmi les grossesses inopinées aboutissant à une interruption volontaire de grossesse en France, plus d'un tiers des femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive, le reste de ces femmes s'est retrouvé face à un échec de contraception. (14)

Cependant, les causes de ces grossesses sont différentes d'un pays à l'autre, liées aux réalités et aux problématiques propres à chacun d'eux. Il existe ainsi de nombreux éléments pouvant entrer en compte : le manque d'accès à l'information et aux services de planification, l'inceste ou le viol, les convictions personnelles ou religieuses, le manque d'information sur les risques des rapports sexuels non protégés, le peu de pouvoir de décision des femmes quant à leur sexualité, les problèmes financiers, la peur des effets secondaires des contraceptifs...(11)

4. Maitrise de la fécondité

i. Historique

L'histoire de la naissance désirée s'étale sur des milliers d'années. Le souci d'éviter les naissances non désirées semble avoir existé de tout temps et dans toutes les populations. Ainsi, les premières notions de maîtrise de la fécondité remontent à l'Antiquité mais en général la demande contraceptive excédait de beaucoup l'offre de procédés efficaces. D'autant plus que les pratiques contraceptives et abortives reposaient sur une conception erronée de l'anatomie et de la physiologie de la reproduction. (15)

Durant toute l'Antiquité, la magie médicale a une importance fondamentale dans la société. Ainsi, des amulettes et des incantations ont été retrouvées dans le livre « Histoire naturelle » de Pline l'Ancien, dont certaines pouvaient avoir des effets contraceptifs et abortifs. Les égyptiens, les romains et les grecs ont découvert peu à peu les bases de la contraception moderne (substances toxiques pour les spermatozoïdes, dispositifs au cuivre, premiers « préservatifs »...) (15-16)

Au Moyen-Age, en France, le mariage tardif devient un régulateur démographique et un contraceptif social en retardant l'entrée des femmes dans la reproduction. Ils utilisaient aussi de plus en plus la méthode du retrait, notamment dans les relations extra-conjugales. L'église instaurait aussi des périodes d'abstinence car le rapport sexuel était considéré comme étant uniquement destiné à la procréation. Ainsi, durant le carême, l'avent, le dimanche, pendant les règles et les grossesses, tout rapport sexuel devait être banni. (17)

Au XVIème siècle, un médecin italien Gabriele Fallopio développa un préservatif fait de lin et aspergé de décoctions de plantes, qui permit de réduire la transmission des maladies vénériennes et de limiter les naissances. Les préservatifs se développèrent petit à petit par la suite, par la nécessité de stopper ces maladies. Ils commencèrent à être vendus en gros à la fin du XVIIIème siècle mais l'emploi était surtout destiné à une population aisée et instruite. Au sein du mariage, le retrait était largement utilisé et le préservatif restait principalement employé lors des relations hors mariage. (16)

En 1839, l'anglais Hancock et l'américain Goodyear découvrirent un procédé capable de créer un matériau malléable, élastique et résistant qu'ils appelleront par la suite le latex. Les nouveaux préservatifs s'offrent alors au grand public. A cette période, les méthodes naturelles (Oginau, Billings, température...) prirent leur essor grâce à une meilleure connaissance de la physiologie. Les prémices des dispositifs intra-utérins apparurent aussi au début du XXème siècle. Ce n'est que des années plus tard que l'utilisation de métaux en tant que dispositifs intra-utérins fut découverte. (16)

ii. Apparition de la contraception moderne en France

Le XX^{ème} siècle est un tournant immanquable en matière de maîtrise des naissances et du droit des femmes.

Après la Première Guerre Mondiale, une politique nataliste se met en place afin de repeupler le pays. La loi du 1^{er} Août 1920, apparue au Journal Officiel, va sanctionner l'usage des moyens de contraception et interdit toute propagande anticonceptionnelle. Dans le même temps, l'église catholique n'admet pas la régulation des naissances et le Pape Pie II interdit l'emploi de tout moyen contraceptif. L'avortement est quant à lui jugé comme un délit. (18)

Malgré cela, les années 30 représentent une période incontournable dans le développement des différents moyens contraceptifs. Ainsi, le préservatif actuel se démocratise. Les structures des molécules des hormones sexuelles sont identifiées, comme l'estrone, la progestérone et l'œstradiol, et leurs propriétés sur l'inhibition de l'ovulation sont découvertes. (16)

Dans le même temps, l'avortement est de plus en plus sanctionné. En 1939, le Code de la Famille aggrave les peines sanctionnant l'avortement, et en 1942 l'avortement devient un crime contre la sécurité de l'Etat passible de la peine de mort. L'affaire Giraud en 1943 représente le summum de ces sanctions : cette femme reconnue coupable d'avoir réalisée 27 avortements est guillotinée. La libération en 1945 assouplit par la suite les sanctions. (18)

Les années 50 voient apparaître des mouvements revendiquant la contraception et le choix d'avoir ou non un enfant. Il s'appellera dans un premier temps « Mouvement pour une Maternité Heureuse » et deviendra par la suite dans les années 60 « Mouvement pour le Planning Familial ». Dans ce laps de temps, aux Etats-Unis, l'avortement devient légal et la première pilule contraceptive est commercialisée.

C'est en 1967, par la loi Neuwirth, que la contraception est légalisée en France. Cette loi autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures, et interdit toute publicité commerciale, en dehors des revues médicales, ou propagande antinataliste. C'est une mesure phare du député gaulliste Lucien Neuwirth qui voulut

marquer symboliquement ainsi son respect de la naissance malgré de nombreuses oppositions. (19)

Une autre date est une donnée clé dans ces avancées : le 17 janvier 1975 avec la loi Veil autorisant l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 10 semaines de grossesse pour la femme dont cet état la place dans une situation de détresse. Elle est promulguée pour 5 ans mais sera définitivement adoptée en 1979. Dès le début des années 70, des mouvements pour l'autorisation de l'avortement se mettaient en place : pétition des « 343 salopes » en 1971 signées par de nombreuses personnalités qui déclarent avoir avortées et prônent l'avortement libre, création du « Mouvement pour la Liberté pour l'Avortement et le Contraception » en 1973... (18)

Des lois feront ensuite évoluer au fil des années et jusqu'à aujourd'hui, les modalités d'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse et de nouveaux moyens de contraception toujours plus perfectionnés apparaîtront.

iii. Etat actuel

Ces évolutions tant législatives, que sociales ou techniques, ont bouleversé la vision du monde, de la femme et de la famille. La maîtrise de la fécondité devient donc un droit pour toute femme. On observe ainsi une chute rapide du taux de fertilité jusque dans les années 80 puis une stabilisation de celle-ci : 2,89 enfants par femme en 1962, 1,85 en 1981 puis 1,99 en 2016. A contrario, l'âge des femmes étant enceintes s'élève de plus en plus, faisant chuter le taux de fécondité des femmes de moins de 29 ans, et augmenter celui des femmes plus âgées. L'âge moyen des mères est passé de 26,7 ans en 1975 à 30,4 ans en 2016. (20)

Ces évolutions ont ainsi contribué à la baisse des grossesses non désirées et mal planifiées. Elles ont été divisées par deux entre 1970 et 1980 puis sont restées relativement stables jusqu'à aujourd'hui, malgré des modalités d'accès aux contraceptifs et avortements de plus en plus aisées. Ces grossesses inopinées sont plus fréquentes dans la population jeune (moins de 24 ans) et ont une tendance en augmentation chez les femmes de plus de 40 ans. La période du post-partum est aussi plus à risque de grossesses inopinées. (10)

En France, en 2013, 76,2 % des femmes de 20 à 44 ans utilisaient une méthode contraceptive contre 71,8 % en 1978. Parmi celles n'en utilisant pas en 2013, 2,3 % de ces femmes sont concernées par le risque de grossesse. La pilule est en tête de ces contraceptifs avec 32,8 % des femmes. Le stérilet vient en second avec 18 % des femmes et enfin le préservatif avec 11,9 % des femmes. Le retrait, l'abstinence périodique et les méthodes naturelles reculent face à des contraceptions plus efficaces. (21)

Le taux d'interruption volontaire de grossesse est passé de 19,6 pour 1000 femmes de 15 à 44 ans en 1976, à 15 en 2014. Ce taux a subi une forte baisse par la suite jusque dans les années 2000, pour ensuite se stabiliser et réaugmenter légèrement depuis quelques années. Les IVG sont beaucoup réalisées pour un premier enfant, beaucoup moins pour un deuxième, mais réaugmentent par la suite pour les femmes ayant déjà deux enfants ou plus. Près de deux tiers des femmes ayant avorté utilisaient un moyen contraceptif : 25 % la pilule, 16 % le préservatif et 10 % le retrait du partenaire. (14,22)

Ainsi, un tiers des grossesses ne sont pas prévues en France et aboutissent six fois sur dix à une interruption volontaire de grossesse. Ce qui signifie donc qu'environ 13 % des naissances en France sont issues de grossesses inopinées. (12)

Cela peut s'expliquer, en cas d'échec d'une contraception, d'une utilisation incorrecte de celle-ci, de difficultés pour sa prise (sexualité non assumée chez des adolescentes), d'un manque d'information, de connaissances partielles sur la physiologie et l'anatomie ainsi que de la persistance d'idées reçues. De plus, il existe une méconnaissance des conduites à tenir en cas de rapports sexuels à risque vis-à-vis de la contraception d'urgence. Cependant, il existe aussi des freins du côté des professionnels de santé : non reconnaissance sociale de la sexualité des adolescents, prévalence des normes sociales pour être enceinte entre 25 et 40 ans, préjugés sur la sexualité des femmes proches de la ménopause, préjugés sur l'absence de rapports sexuels durant la période de retour de couches, non reconnaissance de la sexualité d'individus malades ou handicapés. (23–25)

La société d'aujourd'hui est marquée par une certaine marginalisation des naissances imprévues et par la montée en puissance de la naissance désirée, qui devient la norme sociale de reproduction de l'espèce humaine. Cependant, il serait excessif de

conclure à une très forte maîtrise de la fécondité contemporaine, étant donné le nombre d'interruptions volontaires de grossesses encore élevé en France.

5. Conséquences des grossesses inopinées

i. Profil de la population

Différentes études ont permis d'établir un certain profil de ces femmes dont la grossesse est inopinée. Ce sont plus facilement des femmes multipares : même si le nombre d'IVG est quand même important dans cette catégorie de la population, celles-ci pourraient avoir plutôt tendance à garder cet enfant imprévu. Ces femmes proviennent d'une catégorie socio-économique basse et défavorable de façon plus importante que pour des grossesses souhaitées : moins instruites, seules, ayant subies des violences, addictes à des substances. Elles sont aussi plus souvent peu entourées au quotidien. Certaines études démontrent de plus que ce sont des femmes enceintes plus jeunes globalement que si la grossesse était souhaitée. (26–29)

La période du post-partum est une période à risque de grossesse inopinée du fait du bouleversement physique et psychique de la grossesse précédente, des préoccupations maternelles dues à leur nouveau statut de mère et du risque de moins bonne observance de la contraception. Une étude de 2012 montrait qu'un peu plus d'une grossesse sur deux survenant dans les six mois après un accouchement n'était pas souhaitée (30-31).

ii. Conséquences pour la femme et l'enfant

Les études concernant les conséquences de ces grossesses non souhaitées, se concentrent principalement sur la période de la grossesse et du post-partum. Peu d'études prennent en compte les tenants et aboutissants de ces accouchements.

Ainsi, il a été retrouvé un taux de stress pendant la grossesse beaucoup plus important chez les femmes dont la grossesse n'était pas souhaitée. Des études ont démontré que ce stress prénatal pouvait avoir un impact au moment de l'accouchement : accouchement prématuré, petit poids de naissance, complications obstétricales comme la césarienne...(26,32)

De nombreuses études dans différents pays ont aussi démontré la prévalence plus importante de rupture prématurée des membranes, d'accouchements prématurés, de petit poids de naissance des nouveau-nés et de décès néonataux dans les cas de grossesses non souhaitées. (29, 33,34)

D'autres études se sont principalement concentrées sur le devenir de ces mères et de ces enfants issus d'une grossesse inopinée. Il en ressort une augmentation significative du taux de dépression du post-partum et de troubles psychiques au niveau maternel. Au niveau de l'enfant, il a été noté l'apparition de plus d'angoisses et de méfiance, et un développement intellectuel et moteur plus lent que la moyenne. (35–37)

III. Notion de risque à l'accouchement

1. Histoire de l'accouchement

Jusqu'au XVIIIème siècle, les femmes accouchaient à domicile dans un cadre familial, accompagnées d'individus plus ou moins experts. Les accoucheuses (ou matrones) étaient des femmes ayant survécu à de nombreux accouchements et tiraient leur science de l'expérience transmise oralement, sans connaissance anatomique particulière. Les femmes étaient ainsi assistées par un entourage entièrement féminin : la matrone, les parentes, les amies... Chaque naissance était l'affaire de toutes les femmes du village : cette solidarité constituait un élément sécurisant pour la femme dans cet évènement angoissant. Cependant, la mortalité maternelle et infantile y était importante ainsi que les séquelles maternelles ou infantiles d'un accouchement traumatique. Les hémorragies, les fièvres puerpérales ou les accouchements difficiles étaient monnaie courante du fait de l'impuissance de la médecine et du manque de connaissance des matrones : 10 % des femmes en âge de procréer mourraient alors à la suite d'un accouchement.

A partir du XVIIIème siècle, l'obstétrique devient une science : des médecins commencent à s'y intéresser et à publier des manuels, et des accoucheurs hommes commencent à apparaître. Ce sont le plus souvent des chirurgiens qui peuvent réaliser des césariennes ou extraire des enfants le plus souvent morts à l'aide d'instruments : c'est un premier pas dans la médicalisation de la naissance. Pour diminuer la mortalité, à partir de 1760, les matrones deviennent de véritables sages-femmes grâce à une formation médicale rapide à l'initiative de Madame Du Coudray.

Tout au long du XIXème siècle, la formation des sages-femmes s'améliore de plus en plus : les formations s'allongent et sont composées de parties pratiques et théoriques. Malgré cela, les hôpitaux restent désertés du fait de l'appréhension de la mort, omniprésente à cause des épidémies de fièvres puerpérales récurrentes : les causes et les vecteurs de celles-ci ne sont pas connus contrairement à sa contagiosité. A la fin du XIXème siècle, le développement de l'obstétrique, de l'anesthésie (découverte de l'opium, de la morphine, du chloroforme et de l'éther) et de l'hygiène (grâce à Pasteur dès les années 1880) changent considérablement les conditions d'accueil dans les hôpitaux. Ainsi, l'hôpital cesse alors de faire peur et devient un lieu aseptisé où la mort n'est plus omniprésente. Parallèlement, les femmes deviennent ainsi de plus en plus dépendantes des médecins puisqu'ils sont les seuls à pouvoir administrer les drogues anesthésiantes et à avoir recours à certains instruments comme les forceps. Une baisse radicale de la mortalité maternelle et infantile est enclenchée.

C'est au début du XXème siècle que la naissance en milieu hospitalier se développe radicalement, surtout dans les grandes villes. L'hôpital devient peu à peu un haut lieu de technicité médicale : l'accouchement devient un acte médical dans un environnement qui se modernise et se technicise. Cependant, les femmes accouchent alors dans une totale solitude, sans accompagnant possible, dans une certaine angoisse. De plus, pour stimuler la natalité à cause des guerres, l'Etat est amené à aider certaines salariées avec une prise en charge forfaitaire des frais d'accouchement, ce qui les pousse à aller accoucher à l'hôpital. De nouvelles méthodes et instruments apparaissent dans les années 50 et 60 et confortent cette médicalisation de la naissance : méthode de l'accouchement sans douleur du docteur Lamaze par une préparation physique et psychique, le remboursement de ces séances par la Sécurité Sociale, apparition de l'échographie, du monitoring et de la péridurale...

Il existe cependant de nos jours une réflexion sur un retour à la physiologie. Face à ces technologies, les femmes deviennent septiques : elles souhaitent y avoir recours mais rejettent la iatrogénie induite par cette médicalisation. Elles ont un certain sentiment de perte de contrôle de cet instant, de déshumanisation de la naissance... Ainsi, se crée dans les années 2000, diverses associations militantes pour une naissance respectée qui ouvrent le débat sur les conséquences de la médicalisation et les alternatives pouvant être envisageables. (38,39)

2. Notion de risque

Le risque est considéré comme un danger, un inconvénient plus ou moins probable auquel un individu est exposé. La grossesse et l'accouchement sont des moments à risque du fait des modifications physiologiques et/ou pathologiques de la femme enceinte. Avec la médecine moderne, un certain nombre de ces risques peuvent être gérés et anticipés. Un des objectifs des professionnels de santé de la périnatalité est en effet de pouvoir rendre plus sûr la maternité tout en essayant de ne pas créer de nouveaux risques surajoutés. Les principaux risques maternels de la grossesse sont le décès, une morbidité sévère directement ou indirectement liée à la grossesse nécessitant des soins lourds ou entraînant des séquelles et l'altération du pronostic pour une future grossesse. Pour le fœtus ou le nouveau-né, les risques sont de l'ordre du décès in utero ou néonatal, une morbidité néonatale sévère accompagnée de déficiences, ainsi que des conséquences à long terme d'évènements liés à la grossesse ou à l'accouchement. (40)

Depuis le XXème siècle, la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale est une priorité en France. Des plans de périnatalité ont ainsi été élaborés afin d'atteindre ces objectifs. Tous ces plans visent à améliorer la qualité des soins maternels et néonataux grâce à des indicateurs périnataux objectifs.

Ainsi, trois plans de périnatalité se sont succédés : de 1970 à 1976, de 1994 à 2000 et de 2005 à 2007. Le deuxième plan de périnatalité avait pour objectif de réduire de 30 % la mortalité maternelle et de 20 % la mortalité périnatale. Il a donc été établi en 1998, un décret visant à structurer les soins avec le développement des réseaux, la définition du niveau de soins de chaque structure, le développement des transferts et des commissions régionales de la naissance. De bons résultats ont été obtenus grâce à ce deuxième plan, mais les professionnels restent insatisfaits et les indicateurs, bien que

meilleurs, sont toujours en deçà du niveau des autres pays européens. Un troisième et dernier plan de périnatalité a alors été promulgué. Il s'organisait autour de quatre thématiques : l'humanité afin d'améliorer l'écoute et l'information, la proximité, pour un suivi pré et postnatal optimal, la sécurité, notamment des naissances, et la qualité afin d'homogénéiser et d'améliorer les pratiques. Il a ainsi mis en avant la nécessité de mieux adapter le niveau de médicalisation de la prise en charge des patients en fonction de leur situation. Les résultats de ce plan sont assez mitigés : certains objectifs ont été atteints comme l'amélioration de la sécurité, de la qualité, de l'humanité et de la proximité de la prise en charge en périnatalité, mais certains n'ont pas eu d'excellents résultats, comme l'accès aux droits et aux soins des individus les plus en difficulté ou comme la mise en place d'un système d'information plus performant. (41,42)

Plusieurs enquêtes internationales et nationales sont ainsi mises en place afin de prendre conscience de potentiels problématiques et d'objectiver les résultats quant aux dispositifs mis en place pour améliorer certains indicateurs. (40)

Le rapport européen périnatal de santé (European Perinatal Health Report) permet de surveiller et d'évaluer la santé périnatale en Europe en développant une série d'indicateurs communs. Il existe, de plus, les ENCM (Enquête Nationale et Confidentielle sur la Mortalité Maternelle) visant à étudier tous les décès maternels survenus en France et d'en expertiser la prise en charge. Les Enquêtes Périnatales Nationales (ENP) quant à elles, permettent de suivre l'évolution de la santé périnatale et des pratiques médicales en France. De plus, le réseau sentinelle Audipog (constitué depuis 1994 d'un ensemble de maternités volontaires) permet de surveiller les indicateurs de santé périnatale et met à disposition un outil d'évaluation des pratiques par établissement dont les résultats peuvent être comparés à ceux du réseau.

3. Mode d'accouchement

Aujourd'hui, il existe trois modes d'accouchement : la voie basse spontanée, la voie basse instrumentale et la césarienne. En France, selon l'enquête périnatale de 2016, 67,4 % des accouchements se sont déroulés par voie basse spontanée, 20,4 % par césarienne et 12,2 % par voie basse instrumentale (dont 2,7 % avec des spatules, 3,4 % avec des forceps et 6,1 % avec une ventouse). Le mode d'accouchement a une influence à plus ou moins long terme sur le devenir de la mère et de l'enfant. (13)

La voie basse spontanée est le mode d'accouchement le plus courant et le moins médicalisé. Il est associé à de moindres risques maternels et infantiles puisque les autres modes d'accouchements sont utilisés en cas de difficultés et de non-possibilité de réaliser une voie basse spontanée.

La voie basse instrumentale correspond au fait d'extraire le fœtus par les voies naturelles à l'aide d'instruments (spatules, forceps, ventouse). Elle a pour but de réduire la durée des efforts expulsifs, soit car le fœtus présente des anomalies du rythme cardiaque pouvant faire craindre la présence ou la survenue d'une acidose fœtale, soit car les efforts expulsifs durent plus de 30 minutes associé à une non-progression du mobile fœtale. Cependant, ce mode d'accouchement présente des complications maternelles et néonatales plus importantes que la voie basse spontanée.

Ainsi, à court terme, l'extraction instrumentale augmente significativement le risque de déchirures périnéales sévères (3^{ème} et 4^{ème} degrés) par rapport à la voie basse spontanée. Mais, il est important de noter que les extractions se déroulent dans des circonstances plus à risque de lésions périnéales que la voie basse spontanée : macrosomie, variétés postérieures... L'extraction instrumentale et la présence de déchirures périnéales sévères majorent les risques de douleurs périnéales, de dyspareunie et de troubles sexuels du post-partum par rapport à la voie basse spontanée. A plus long terme, les risques d'incontinence anale dans l'année qui suit un accouchement par voie basse semblent être associés à la pratique d'une extraction instrumentale, notamment par forceps, mais l'incontinence anale persistante a une prévalence similaire quel que soit le mode d'accouchement. De plus, une extraction instrumentale difficile semble être à l'origine de séquelles psychologiques pouvant faire renoncer à une prochaine grossesse. D'un point de vue néonatal, la survenue des céphalhématomes, des hématomes sous-cutanés diffus du cuir chevelu et des hémorragies rétinienne est plus fréquente avec la ventouse, mais sont dans la plupart des cas de bon pronostic. Lors de l'utilisation de forceps, le risque de fracture du crâne avec embarrure est présent bien que ces cas sont rares. (43–45)

La césarienne correspond au fait d'extraire le fœtus par incision de la paroi abdominale et de l'utérus. Il existe deux types de césariennes : les césariennes avant travail et les césariennes en cours de travail. Elles peuvent être réalisées en urgence ou non. La césarienne en cours de travail est associée à un risque de mortalité et de morbidité maternelle nettement plus élevées que la césarienne avant travail. Il convient donc de d'évaluer la balance bénéfice-risque au cas par cas, en fonction des caractéristiques du fœtus (prématurité, macrosomie...), de celles de la mère (antécédent de césarienne, âge, indice de masse corporelle, pathologies associées...) et des conditions obstétricales (présentation, localisation placentaire...).

Il existe différents facteurs de risque d'accoucher par césarienne : un âge maternel plus élevé, les grossesses multiples, la prématurité, la macrosomie, l'augmentation de l'indice de masse corporelle, les antécédents de césarienne... La césarienne est associée à une augmentation significative des complications graves de l'accouchement principalement du fait des hémorragies du post-partum et des complications infectieuses. A contrario, elle réduit significativement les risques de troubles de la continence urinaire et anale à court terme. La réalisation d'une césarienne est liée à une angoisse, une asthénie, une dépression et une sensation de frustration plus fréquente et qui peuvent durer, notamment lorsqu'elle est effectuée en cours de travail, surtout en urgence. Au niveau néonatal, la fréquence des troubles de l'adaptation extra-utérine est significativement augmentée notamment au niveau de la détresse respiratoire principalement causé par un retard de résorption du liquide pulmonaire. Les nouveau-nés sont ainsi plus souvent transférés dans des structures néonatales adaptées. A plus long terme, la césarienne (avec la création d'un utérus cicatriciel), devient un facteur de risque de morbidité maternelle pour une future grossesse : risque d'anomalies d'insertion placentaires (notamment le placenta accreta), risque de rupture utérine... (46-50)

POPULATION ET METHODE

I. Etude et objectifs

1. Type, durée et lieu d'étude

Une étude observationnelle de type cohorte historique a été réalisée. Elle s'est déroulée du 1^{er} Mai au 30 Juin 2017, au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (maternité de type III).

2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de décrire et de comparer le mode d'accouchement des femmes dont la grossesse était inopinée versus celles dont la grossesse était souhaitée.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les « grossesses inopinées » et les « grossesses souhaitées » selon trois parties : la grossesse, l'accouchement (hors mode d'accouchement) et le post-partum, pour la mère (mode de début de travail, complications du post-partum, mode d'allaitement, durée du séjour en suites de couches et réhospitalisations) et l'enfant (terme de naissance, poids de naissance, état néonatal, complications néonatales).

II. Population

Il s'agissait des femmes ayant accouché à la maternité de type III du CHU de Clermont-Ferrand du 1^{er} Mai au 30 Juin 2017.

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Toute femme ayant accouché à un terme ≥ 22 semaines d'aménorrhées (SA) ou à défaut d'un terme connu, dont le poids du nouveau-né est ≥ 500 grammes.
- Quel que soit le type de grossesse (unique ou multiple)
- Quel que soit le mode de présentation fœtale
- Quelle que soit la parité
- Quel que soit le mode d'accouchement

2. Critères d'exclusion

Certaines patientes ont été exclues de l'étude si la grossesse aboutissait à une interruption médicale de grossesse.

III. Méthode

1. Variables recueillies

Les variables recueillies comprenaient des renseignements **socio-démographiques et cliniques** :

- Age maternel (en années)
- Origine géographique maternelle
- Situation maritale
- Mode de vie familial
- Niveau d'étude maternel
- Ressources financières de la mère
- Consommation de tabac pendant la grossesse
- Consommation d'alcool pendant la grossesse
- Consommation de cannabis pendant la grossesse
- Consommation d'autres substances pendant la grossesse
- Indice de masse corporelle maternel (en début de grossesse) (en kg/m²)

Elles comprenaient également des informations concernant les **antécédents obstétricaux** ainsi que le **déroulement de la grossesse** :

- Gestité / Parité
- Nombre d'interruptions volontaires de grossesse et de fausses couches spontanées
- Souhait de la grossesse
- Moment de découverte de la grossesse
- Type de grossesse
- Contraception précédant la grossesse actuelle

- Délai entre l'accouchement précédent et le début de la grossesse actuelle (en mois)
- Menace d'accouchement prématuré durant la grossesse
- Hypertension artérielle durant la grossesse
- Diabète durant la grossesse
- Anomalies de quantité de liquide amniotique
- Anomalies de croissance fœtale
- Hospitalisation durant la grossesse

D'autres variables ont de plus été recueillies par rapport à l'**accouchement** :

- Age gestationnel à l'accouchement (en semaines d'aménorrhées)
- Mode de début de travail
- Présentation fœtale
- Durée du travail (en heures)
- Mode d'accouchement, avec le motif en cas d'intervention (que ce soit une césarienne ou une extraction instrumentale)
- Hémorragie du post-partum
- Lésions périnéales
- Etat de l'enfant à la naissance
- Poids du nouveau-né (en grammes)
- Trophicité du nouveau-né
- pH artériel au cordon
- Score d'Apgar à 5 minutes de vie
- Manœuvres de réanimation
- Mode de sortie de l'enfant de la salle de naissance

Enfin, des variables concernant le **séjour à la maternité** ont été recueillies :

- Alimentation du nouveau-né (en fin de séjour à la maternité)
- Complications maternelles, comprenant :
 - Infection du post-partum
 - Complications pariétales
 - Complications thromboemboliques

- Complications périnéales
- Complications d'une anesthésie
- Autres (hypertension artérielle persistante, anémie sévère...)
- Complications néonatales des enfants ayant effectué leur séjour à la maternité auprès de leur mère (n'ayant pas été transférés dans un service pédiatrique dès la salle de naissance) :
 - Infection materno-fœtale
 - Ictère néonatal
 - Pathologies métaboliques
 - Troubles de la régulation thermique
 - Malformations néonatales
 - Autres (détresses respiratoires secondaires, lésions traumatiques...)
- Durée du séjour à la maternité (en jours)
- Réhospitalisations maternelles

2. Recueil des données

Les données ont été relevées directement depuis la base de données informatisée du CHU de Clermont-Ferrand via le logiciel ICOS.

Le critère de jugement principal était le pourcentage d'accouchements par voie basse spontanée en cas de grossesses inopinées.

Les critères de jugement secondaire étaient :

- Pourcentage de début de travail spontané en cas de grossesses inopinées
- Pourcentage de naissances à terme (> 37 SA) en cas de grossesses inopinées
- Moyenne du poids de naissance des nouveau-nés en cas de grossesses inopinées
- Pourcentage d'enfants ayant un score d'Apgar supérieur à sept à cinq minutes de vie en cas de grossesses inopinées
- Pourcentage d'enfants ayant un pH artériel au cordon supérieur à 7,15 en cas de grossesses inopinées.
- Pourcentage d'enfants hospitalisés auprès de leur mère en cas de grossesses inopinées.

- Pourcentage de femmes ayant eu une hémorragie du post-partum (> 500 mL) en cas de grossesses inopinées
- Pourcentage de femmes n'ayant eu aucune lésion périnéale suite à l'accouchement en cas de grossesses inopinées.
- Pourcentage de femmes ayant eu des complications lors de leur séjour à la maternité en cas de grossesses inopinées
- Pourcentage d'enfants ayant eu des complications lors de leur séjour à la maternité en cas de grossesses inopinées
- Pourcentage d'enfants allaités de manière exclusive en cas de grossesses inopinées
- Moyenne de la durée de séjour à la maternité en cas de grossesses inopinées
- Pourcentage de femmes réhospitalisées après leur sortie de la maternité en cas de grossesses inopinées.

i. Codage des données

Chaque patiente était assignée d'un numéro, reporté sur le tableur informatique.

ii. Contrôle qualité

L'absence de doublons et les éventuelles erreurs de saisie ont été vérifiées tout au long de la saisie des données.

IV. Analyse des données

1. Les groupes comparés

Deux groupes ont été comparés : le premier étant composé de femmes dont la grossesse était souhaitée, et le second composé de femmes dont la grossesse était inopinée.

2. Tests statistiques utilisés

Une analyse descriptive de l'ensemble de la population puis une comparaison entre les groupes ont été effectuées. Des tests du χ^2 ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives entre les groupes étudiés. Des tests de Student ont de plus été utilisés pour comparer les variables quantitatives entre les deux groupes. Pour tout test statistique bilatéral utilisé, un risque alpha à 5 % a été retenu.

Une analyse multivariée a ensuite été effectuée grâce à différents modèles. Ils permettaient de contrôler l'effet de possibles facteurs de confusion. L'odds ratio retrouvé permettait de fournir une information sur la force et le sens de l'association entre les variables étudiées.

Les variables, appelées covariables, utilisées dans les trois modèles ont été celles différenciant le profil de la population entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées, ainsi que les facteurs de risque connus de césarienne (âge, indice de masse corporelle, origine maternelle, parité, ressources financières, présentation fœtale, type de grossesse et présence d'hypertension artérielle gravidique).

Le premier modèle (ajustement simple) permettait d'ajuster l'odds ratio sur les covariables intégrées dans le modèle. Il a de plus été réalisé deux modèles avec score de propension. Le score de propension consiste à regrouper les variables différenciant les groupes étudiés. Les caractéristiques utilisées pour composer ce score ont été l'âge maternel, l'origine maternelle, la situation familiale, le mode de vie, le niveau d'étude, les ressources financières, la parité et l'indice de masse corporelle.

3. Logiciels d'analyse utilisés

Les logiciels d'analyse utilisés étaient Microsoft Excel © ainsi que STATA ©.

V. Aspects éthique et règlementaire

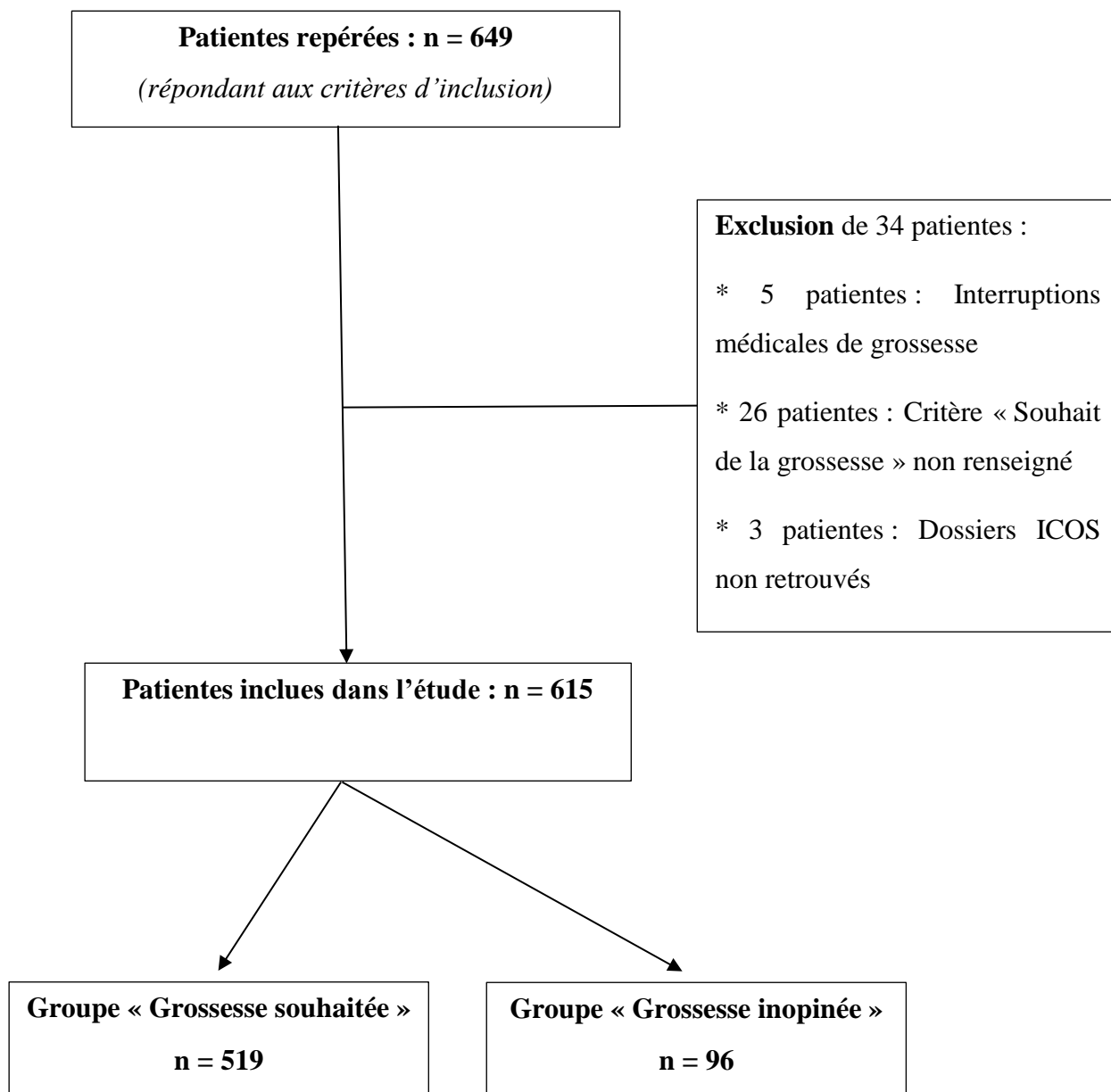
La confidentialité et l'anonymat des femmes ont été respectés.

L'accord du chef de service a été obtenu pour la mise en place de l'étude sur place.

RESULTATS

I. Sélection des dossiers

Figure 1 : Flow chart



Pour cette étude, il a été repéré deux groupes de femmes selon le contexte de survenue de la grossesse : les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées. Les grossesses ont été inopinées dans un peu plus de 15 % des cas et souhaitées pour 85 % d'entre elles.

II. Analyse descriptive univariée

1. Renseignements socio-démographique

L'ensemble des femmes de cette étude avaient un âge moyen de 28,3 ans, avec un écart-type associé de 5,4. Il a été retrouvé un âge minimal de 16 ans et un âge maximal de 43 ans.

Parmi elles, la majorité était originaire de France métropolitaine (71 %), près d'un quart d'origine étrangère (24 %) et les autres originaires des DOM-TOM (4 %).

Concernant la situation familiale de ces femmes, il a été retrouvé que près de la moitié d'entre elles étaient célibataires (48 %), 37 % étaient mariées, 12 % pacsées et 1 % divorcées. Ces femmes vivaient en couple dans la majorité des cas (87 %), vivaient seules pour certaines (9 %) et d'autres vivaient soit chez leurs parents, soit en colocation (3 %).

Concernant la situation professionnelle de ces femmes, il a été retrouvé que la moitié d'entre elles avaient suivi un enseignement supérieur (50 %), 22 % avaient un niveau collège/CAP/BEP, 21 % un niveau lycée, 2 % un niveau primaire et enfin, 1 % des femmes n'étaient pas scolarisées.

Au niveau de leurs ressources financières, ces femmes travaillaient dans 60 % des cas. Elles n'avaient aucune ressource pour 19 % d'entre elles, 11 % bénéficiaient d'autres ressources (RSA, RSI, API...) et 7 % d'entre elles étaient au chômage.

Les différences entre les groupes des grossesses inopinées et des grossesses souhaitées étaient significatives pour toutes ces données. Ainsi, les femmes ayant eu une grossesse inopinée étaient plus jeunes ($p < 0,001$) que les femmes dont la grossesse était souhaitée. Il a de plus été constaté que les femmes d'origine étrangère ou des DOM-TOM étaient plus représentées dans le groupe des grossesses inopinées ($p < 0,001$), tout comme les femmes n'étant pas mariées ($p = 0,004$) et celles vivant seules ($p < 0,001$). Les femmes ayant eu une grossesse inopinée avaient aussi un niveau d'étude inférieur aux autres femmes ($p < 0,001$), et avaient moins de ressources financières ($p < 0,001$) (*Tableau I*).

Tableau I : Renseignements socio-démographiques

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Age (en années) : m (ET)	28,66 (5,37)	30,03 (5,02)	27,19 (6,55)	< 0,001
Origine				< 0,001
France métropolitaine	438 (71,22)	386 (74,37)	52 (54,17)	
DOM-TOM	24 (3,90)	14 (2,70)	10 (10,42)	
Etrangère	148 (24,07)	116 (22,35)	32 (33,33)	
NR	5 (0,81)	3 (0,58)	2 (2,08)	
Situation familiale				0,004
Célibataire	293 (47,64)	230 (44,32)	63 (65,63)	
Mariée	228 (37,07)	203 (39,11)	25 (26,04)	
Pacsée	76 (12,36)	70 (13,49)	6 (6,25)	
Divorcée	4 (0,66)	4 (0,77)	0 (0)	
NR	14 (2,27)	12 (2,31)	2 (2,08)	
Mode de vie				< 0,001
En couple	537 (87,32)	475 (91,52)	62 (64,58)	
Seule	54 (8,78)	30 (5,78)	24 (25,00)	
Chez ses parents	10 (1,62)	4 (0,77)	6 (6,25)	
Autres	3 (0,49)	2 (0,38)	1 (1,04)	
NR	12 (1,79)	8 (1,54)	3 (3,13)	
Niveau d'étude				< 0,001
Non scolarisée	6 (0,98)	3 (0,58)	3 (3,13)	
Primaire	11 (1,79)	7 (1,35)	4 (4,17)	
Collège / CAP /BEP	134 (21,79)	99 (19,08)	35 (36,46)	
Lycée	130 (21,14)	107 (20,62)	23 (23,96)	
Enseignement supérieur	309 (50,24)	281 (54,14)	28 (29,17)	
NR	25 (2,44)	22 (4,24)	3 (3,13)	
Ressources				< 0,001
Travail	366 (59,51)	336 (64,74)	30 (31,25)	
Chômage	41 (6,67)	31 (5,97)	10 (10,42)	
Aucune	116 (18,86)	89 (17,15)	27 (28,13)	
Autres	65 (10,57)	40 (7,71)	25 (26,03)	
NR	27 (4,39)	23 (4,43)	4 (4,17)	

2. Renseignements sur la grossesse

Il a été retrouvé que 39 % de l'ensemble des femmes incluses dans cette étude n'utilisaient aucune contraception précédemment à leur grossesse. L'autre moitié des femmes utilisaient un moyen de contraception : 26 % étaient sous contraception orale, 7 % avaient un dispositif intra utérin, 3 % utilisaient des préservatifs, 2 % avaient un implant contraceptif et enfin 2 % avaient opté pour d'autres moyens de contraception (méthodes naturelles, spermicides, anneau contraceptif...).

Lorsqu'il ne s'agissait pas d'une première grossesse, les femmes avaient un délai de 33,5 mois en moyenne avant de débiter une nouvelle grossesse (délai entre l'accouchement précédent et le début de la nouvelle grossesse) avec un écart-type associé de 23,5. De plus, un peu moins de 5 % de ces grossesses étaient rapprochées de la précédente (débutant dans les six mois après un accouchement).

De plus, 97 % des grossesses étaient des grossesses singletons et 3 % des grossesses gémellaires.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée entre les groupes étudiés concernant la contraception utilisée avant la grossesse ($p = 0,138$) et le type de grossesse ($p = 0,90$). Mais une différence se révèle concernant le délai entre l'accouchement précédant et le début de la nouvelle grossesse ($p = 0,005$) : les femmes ayant une grossesse inopinée ont des grossesses plus rapprochées que lorsque la grossesse était souhaitée (25,15 mois vs 35,57 mois) et d'autant plus précocement dans les six mois suivant un accouchement ($p < 0,001$) (*Tableau II*).

Tableau II : Renseignements concernant le contexte de la grossesse

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Contraception précédente				0,138
Aucune	237 (38,54)	199 (38,34)	38 (39,58)	
Contraception orale	163 (26,50)	137 (26,39)	26 (27,09)	
Dispositif intra-utérin	40 (6,50)	35 (6,74)	5 (5,21)	
Préservatifs	19 (3,09)	14 (2,70)	5 (5,21)	
Implant	11 (1,79)	9 (1,73)	2 (2,08)	
Autres	11 (1,79)	7 (1,36)	4 (4,16)	
NR	134 (20,16)	118 (22,74)	16 (16,67)	
Délai entre deux enfants (mois)	33,49 (23,47)	35,57 (24,03)	25,15 (20,57)	0,005
Inférieur à six mois	14 (4,51)	4 (1,53)	10 (20,83)	< 0,001
Type de grossesse				0,90
Singleton	597 (97,07)	504 (97,11)	93 (96,88)	
Gémellaire	18 (2,93)	15 (2,89)	3 (3,13)	

Le **contexte de la survenue des grossesses inopinées** a de plus été étudié plus précisément, quant à leur étiologie et au moment de découverte de cette grossesse (*Tableau III*).

Ainsi, il a été observé que 43 % de ces femmes ne prenaient pas de contraception, que 40 % de ces grossesses étaient issues d'un échec ou d'un mauvais usage d'un moyen de contraception et que 5 % avaient débuté une grossesse lors d'un changement de contraception.

Il a également été retrouvé que 90 % de ces grossesses étaient découvertes au premier trimestre, 7 % au deuxième trimestre et 3 % au troisième trimestre.

Tableau III : Contexte de la survenue de la grossesse inopinée

	Grossesse inopinée (n=96)
	n (%)
Découverte de la grossesse	
1er Trimestre	86 (89,58)
2ème Trimestre	7 (7,29)
3ème Trimestre	3 (3,13)
Contexte contraceptif	
Aucune contraception	41 (42,71)
Changement de contraception	4 (4,17)
Oubli de contraception orale	24 (25,00)
Echec de dispositif intra-utérin	4 (4,17)
Echec du préservatif	5 (5,21)
Echec de l'anneau vaginal	2 (2,08)
Echec des méthodes naturelles	2 (2,08)
Oubli de changement d'implant	1 (1,04)
NR	13 (13,54)

Concernant les **antécédents obstétricaux**, 46 % des femmes étaient primipares, 32 % étaient des deuxièmes pares, 13 % des troisièmes pares et enfin 9 % des quatrièmes pares ou plus. 19 % des femmes avaient eu une ou plusieurs fausses couches spontanées et 16 % une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse. Il existe une différence significative entre les groupes concernant la gestité et la parité : les femmes ayant une grossesse inopinée ont une gestité ($p = 0,008$) et une parité ($p < 0,001$) plus élevée que les femmes dont la grossesse était souhaitée (*Tableau IV*).

Tableau IV : Antécédents obstétricaux

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Gestité				0,008
1	211 (34,30)	179 (34,49)	32 (33,33)	
2	177 (28,78)	157 (30,25)	20 (20,83)	
3	114 (18,54)	99 (19,08)	15 (15,63)	
4 et plus	113 (18,37)	84 (16,18)	29 (30,21)	
Parité				< 0,001
1	283 (46,02)	241 (46,44)	42 (43,75)	
2	197 (32,03)	177 (34,10)	20 (20,83)	
3	78 (12,68)	65 (12,52)	13 (13,54)	
4 et plus	57 (9,27)	36 (6,94)	21 (21,88)	
IVG				0,204
Aucune	514 (83,58)	438 (84,39)	76 (79,17)	
1 et plus	101 (16,42))	81 (15,61)	20 (20,83)	
Fausse couche spontanée				0,721
Aucune	498 (80,98)	419 (80,73)	79 (82,29)	
1 et plus	117 (19,02)	100 (19,27)	17 (17,71)	

D'un point de vue des **conduites addictives**, il a été retrouvé que 21 % des femmes ont fumé pendant toute ou une partie de leur grossesse. 0,5 % des femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool et un peu plus de 1 % avaient consommé du cannabis. La différence entre les groupes étudiés était significative uniquement pour la consommation d'alcool pendant la grossesse ($p = 0,049$) : les femmes dont la grossesse était inopinée ont consommé plus d'alcool pendant la grossesse que les femmes dont la grossesse était souhaitée (*Tableau V*).

Tableau V : Renseignements sur les dépendances maternelles

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Tabac	115 (20,72)	90 (17,34)	25 (26,04)	0,114
Alcool	3 (0,54)	1 (0,19)	2 (2,08)	0,049
Cannabis	7 (1,26)	6 (1,16)	1 (1,04)	0,968
Autres substances	2 (0,36)	1 (0,19)	1 (1,04)	0,392

Concernant les **caractéristiques médicales** de l'ensemble des femmes, celles-ci avaient un indice de masse corporelle en moyenne à 24,09 kg/m², avec un écart-type associé à 5,30. En comparant les femmes ayant eu une grossesse inopinée à celles ayant eu une grossesse souhaitée, il a été retrouvé une différence significative ($p < 0,001$) : ainsi, les femmes dont la grossesse était inopinée avaient un indice de masse corporelle plus élevé que les autres (26,03 kg/m² contre 23,64 kg/m²) (*Tableau VI*).

D'un point de vue des **complications obstétricales** survenues au cours de la grossesse, l'ensemble des femmes de cette étude ont présenté une menace d'accouchement prématuré dans 7 % des cas, une hypertension artérielle dans 3 % des cas et un diabète pour 13 % d'entre elles. Une anomalie de quantité de liquide amniotique a été constatée dans 4 % des cas (un peu plus de 2 % d'oligoamnios et un peu plus de 1 % d'hydramnios). Une anomalie de croissance fœtale a été retrouvée pour 14 % des grossesses (8 % de retard de croissance intra-utérin et 6 % de macrosomie fœtale). De plus, parmi la totalité des femmes de cette étude, 17 % ont été hospitalisées pendant leur grossesse. Une différence significative a été retrouvée entre les groupes étudiés concernant les anomalies de liquide amniotique ($p = 0,043$) et de croissance fœtale ($p = 0,048$) mais celle-ci n'est pas retrouvée lorsque l'on catégorisait ces anomalies : macrosomie fœtale/retard de croissance ($p = 0,551$), hydramnios/oligoamnios ($p = 0,280$). De plus, une différence significative a aussi été retrouvée vis-à-vis des hospitalisations durant la grossesse ($p = 0,04$). Ainsi, les femmes ayant eu une grossesse inopinée ont été plus hospitalisées pendant leur grossesse que les autres. (*Tableau VI*).

Tableau VI : Caractéristiques médicales et complications obstétricales de la grossesse

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
IMC (kg/m²)	24,09 (5,30)	23,64 (5,00)	26,03 (6,19)	< 0,001
MAP	41 (6,67)	31 (5,97)	10 (10,42)	0,109
HTA	21 (3,41)	19 (3,66)	2 (2,08)	0,434
Diabète	77 (12,52)	65 (12,52)	12 (12,50)	0,995
Anomalie de liquide amniotique	23 (3,74)	21 (4,05)	2 (2,11)	0,043
Oligoamnios	15 (2,44)	13 (2,50)	2 (2,08)	0,280
Hydramnios	8 (1,30)	8 (1,54)	0 (0)	
Anomalie de croissance fœtale	87 (14,15)	71 (13,68)	16 (16,67)	0,048
Retard de croissance	48 (7,80)	38 (7,32)	10 (10,42)	0,551
Macrosomie	38 (6,18)	32 (6,17)	6 (6,25)	
Hospitalisation	103 (16,75)	80 (15,44)	23 (23,96)	0,04

3. Accouchement

Les femmes ont **accouché à terme** (après 37 semaines d'aménorrhées) dans un peu plus de 90 % des cas. Il n'a pas été retrouvé de différence significative à ce sujet entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées ($p = 0,86$) (*Tableau VII*).

Concernant le **mode de début de travail**, 66 % des femmes ont débuté un travail spontanément, 24 % ont été déclenchées et enfin 10 % ont eu une césarienne réalisée avant le début du travail. Cependant, aucune différence significative entre les groupes étudiés n'a été retrouvée ($p = 344$) (*Tableau VII*).

La **durée du travail** pour ces femmes a été de 7 heures en moyenne avec un écart type associé à 5,9. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les deux groupes étudiés ($p = 386$) (*Tableau VII*).

Concernant le **mode d'accouchement**, il a été retrouvé que 69 % des femmes ont accouché par voie basse spontanée, 13 % par voie basse instrumentale, 10 % par césarienne réalisée avant le début du travail et 9 % par césarienne réalisée pendant le travail. Ainsi, 81 % des femmes ont accouché par voie basse et 19 % par césarienne. Il n'a pas été montré de différence significative sur ce point entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées ($p = 269$) (*Tableau VII*).

En s'intéressant aux motifs d'intervention lors de l'accouchement (que ce soit par une césarienne ou par une extraction instrumentale), il a été retrouvé que les interventions étaient principalement liées à une non progression de la présentation (29 %), à des anomalies du rythme cardiaque fœtal isolé (27 %), à une fatigue maternelle (18 %), à une stagnation de la dilatation cervicale (16 %) et à un utérus cicatriciel (15 %). Mais aucune différence significative n'a été établie entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées concernant tous ces motifs.

Tableau VII : Renseignements sur l'accouchement

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Age gestationnel				0,86
≥ 37 SA	554 (90,08)	468 (90,18)	86 (89,59)	
< 37 SA	61 (9,92)	51 (9,83)	10 (10,41)	
Mode de début de travail				0,344
Travail spontané	408 (66,34)	350 (67,44)	58 (60,42)	
Déclenchement du travail	146 (23,74)	120 (23,12)	26 (27,08)	
Césarienne avant travail	61 (9,92)	49 (9,44)	12 (12,50)	
Durée du travail (heures): m(ET)	7,11 (3,96)	7,07 (3,97)	7,48 (4,23)	0,386
Mode d'accouchement				0,269
Voie basse spontanée	422 (68,62)	358 (68,98)	64 (66,67)	
Voie basse instrumentale	77 (12,52)	69 (13,29)	8 (8,33)	
Césarienne avant travail	63 (10,24)	50 (9,63)	13 (13,54)	
Césarienne pendant travail	53 (8,62)	42 (8,09)	11 (11,46)	

Les femmes incluses dans cette étude ont présenté une **hémorragie du post-partum** dans 14 % des cas. Mais aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes étudiés (*Tableau 8*).

Au niveau des **lésions périnéales**, 17 % des femmes ont eu un périnée intact, 33 % des déchirures périnéales superficielles (premier degré), 15 % des déchirures périnéales simples (deuxième degré), 1 % des déchirures périnéales compliquées (troisième et quatrième degré), et enfin 15 % ont eu une épisiotomie. Des différences significatives ont ici été retrouvées entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées. Ainsi, les femmes ayant eu une grossesse inopinée avaient significativement moins de lésions périnéales que les femmes dont la grossesse était souhaitée (*Tableau VIII*)

Tableau VIII : Complications maternelles précoces de l'accouchement

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Hémorragie du post-partum	86 (13,98)	69 (13,29)	17 (17,71)	0,252
Lésions périnéales				0,044
Périnée intact	106 (17,23)	80 (15,41)	26 (27,08)	
Lésions du 1 ^{er} degré	202 (32,85)	174 (33,53)	28 (29,17)	
Lésions du 2 ^{ème} degré	95 (15,45)	87 (16,76)	8 (8,33)	
Lésions du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} degré	6 (0,98)	6 (1,16)	0 (0)	
Episiotomie	95 (15,45)	82 (15,80)	13 (13,54)	

4. Caractéristiques de l'enfant à la naissance

Dans cette étude, 89 % des enfants étaient eutrophes, 8 % étaient hypotrophes et 3 % étaient macrosomes à la naissance. Leur **poids** était en moyenne de 3136 grammes, avec un écart-type associé à 689 grammes, un poids minimal de 250 grammes et un poids maximal de 4805 grammes. Cependant, aucune différence significative entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées n'a été retrouvée quant à leur poids ($p = 0,99$) ou à leur trophicité ($p = 0,14$) (*Tableau IX*).

Concernant l'état de santé des enfants à la naissance, 90 % d'entre eux avaient un **pH artériel** au cordon supérieur ou égal à 7,15 (soit non à risque d'acidose) et 94 % avaient un **Apgar** supérieur ou égal à 7, à 5 minutes de vie. Des actes de réanimation ont été nécessaire pour 14 % de ces enfants. La majorité d'entre eux ont été **hospitalisé** en maternité avec leurs mères (87 %), 12 % ont été hospitalisé en service de pédiatrie à la suite de leur naissance et moins de 1 % sont décédés en salle de naissance. Il n'a pas été retrouvé de différences significatives entre les groupes étudiés quant au poids des enfants, au pH artériel au cordon, à l'Apgar ou aux actes nécessaires de réanimation. Cependant, les enfants ont plus été hospitalisés dans des services de pédiatrie et ont présenté un plus fort taux de décès à la sortie de la salle de naissance, en cas de grossesses inopinées, et cette différence est significative ($p = 0,045$) (*Tableau IX*).

Tableau IX : Etat néonatal

	Totale (n=633)	Souhaitée (n=533)	Inopinée (n=99)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Trophicité de l'enfant				0,14
Hypotrophe	52 (8,21)	39 (7,30)	13 (13,13)	
Eutrophe	564 (89,10)	481 (90,07)	83 (83,84)	
Macrosome	17 (2,69)	14 (2,62)	3 (3,03)	
Poids (en grammes) : m(ET)	3136 (689)	3136 (687)	3135 (735)	0,99
pH artériel				0,34
≥ 7,15	521 (84,20)	439 (89,96)	82 (93,18)	
< 7,15	55 (9,55)	49 (10,04)	6 (6,82)	
Apgar à 5min				0,48
≥ 7	584 (94,20)	496 (94,48)	88 (92,63)	
< 7	36 (5,80)	29 (5,52)	7 (7,37)	
Réanimation néonatale	86 (13,75)	70 (13,16)	16 (16,33)	0,40
Mode de sortie de l'enfant				0,045
Avec sa mère en maternité	553 (87,35)	470 (88,01)	83 (83,84)	
Transfert pour hospitalisation	75 (11,85)	61 (11,43)	14 (14,14)	
Décès	5 (0,80)	3 (0,56)	2 (2,02)	

5. Suite de couches

Concernant le **mode d'allaitement** choisi et poursuivi à la fin du séjour à la maternité par l'ensemble des femmes de cette étude, plus de la moitié d'entre elles ont allaité de manière exclusive leur(s) enfant(s) (53 %). 12 % ont effectué un allaitement mixte et 34 % un allaitement artificiel. Cependant, il n'a pas été montré de différence significative entre les grossesses inopinées et les grossesses souhaitées quant au mode d'allaitement ($p = 0,131$). (*Tableau X*)

Tableau X : Alimentation du nouveau-né

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Alimentation du nouveau-né				0,131
Allaitement maternel	325 (53,20)	283 (54,84)	42 (44,21)	
Allaitement mixte	76 (12,43)	61 (11,82)	15 (15,79)	
Allaitement artificiel	205 (33,55)	169 (32,75)	36 (37,89)	
NR	5 (0,82)	3 (0,58)	2 (2,11)	

Concernant les **complications maternelles du post-partum**, il a été retrouvé 1 % d'infections (endométrite et infection urinaire) et moins de 1 % de complications pariétales, de complications périnéales, de complications thromboemboliques, de complications d'anesthésie. Il a également été retrouvé 2 % d'autres complications telles que l'anémie sévère, l'hypertension non stabilisée, les rétentions urinaires, les psychoses puerpérales... Il n'existe aucune différence significative entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées concernant toutes ces complications (*Tableau XI*).

La **durée d'hospitalisation** à la maternité des femmes de cette étude est en moyenne de 5 jours, avec un écart type de 1,41 jours, une durée minimale de 1 jour et une durée maximale de 14 jours. Elle n'est pas significativement différente entre les groupes étudiés. Il a également été retrouvé qu'un peu plus de 1 % de ces femmes ont été **réhospitalisées** après leur sortie de la maternité, mais ces résultats ne montrent pas de différence significative entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées (*Tableau XI*).

Tableau XI : Renseignements sur l'hospitalisation et les complications maternelles

	Totale	Souhaitée	Inopinée	p-value
	(n=615)	(n=519)	(n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Complications maternelles				
Complication infectieuse	9 (1,46)	8 (1,54)	1 (1,08)	0,653
Complication pariétale	3 (0,49)	3 (0,58)	0 (0)	0,530
Complication thrombo-embolique	5 (0,81)	3 (0,58)	2 (2,08)	0,222
Complication périnéale	6 (0,96)	5 (0,96)	1 (1,04)	0,696
Complication de l'anesthésie	1 (0,16)	1 (0,19)	0 (0)	0,637
Autres complications	33 (5,37)	25 (4,81)	8 (8,33)	0,220
Durée d'hospitalisation (jours)	5,07 (1,41)	5,07 (1,40)	5,08 (1,52)	0,952
Réhospitalisation	8 (1,30)	5 (0,96)	3 (3,13)	0,071

Concernant les **complications néonatales**, il a été retrouvé 5 % d'ictère, 3 % d'infections néonatales, 2 % de troubles de la régulation thermique, 1 % de malformations fœtales et moins de 1 % de troubles métaboliques. Aucune différence significative entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées n'a été retrouvée quant à ces complications (*Tableau XII*).

Tableau XII : Complications néonatales

	Totale (n=615)	Souhaitée (n=519)	Inopinée (n=96)	
	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Complications néonatales				
Infection materno-fœtale	17 (3,08)	17 (3,63)	0 (0)	0,076
Ictère	28 (5,07)	27 (5,77)	1 (1,19)	0,078
Troubles métaboliques	1 (0,18)	1 (0,21)	0 (0)	0,672
Troubles de la régulation thermique	13 (2,36)	11 (2,35)	2 (2,38)	0,986
Malformations	6 (1,09)	5 (1,07)	1 (1,19)	0,061
Autres	6 (1,09)	6 (1,28)	0 (0)	0,580

III. Analyse multivariée de l'objectif principal

Une analyse multivariée a de plus été réalisée concernant l'objectif principal de cette étude. Il existe en effet de nombreux facteurs connus pouvant influencer le mode d'accouchement. Or, le profil des populations étudiées (grossesses inopinées comparées aux grossesses souhaitées) n'étant pas similaire, différents modèles statistiques ont été réalisés afin de minimiser l'impact de ces facteurs confondants. Nous nous sommes donc intéressés au risque d'accoucher par césarienne en cas de grossesses inopinées.

1. Modèle avec ajustement simple

Un premier modèle avec ajustement simple a été réalisé. L'ajustement a été effectué sur l'âge, l'indice de masse corporelle, l'origine maternelle, la parité, les ressources financières, la présentation fœtale, le type de grossesse et sur la présence d'hypertension artérielle gravidique (*Tableau XIII*).

Aucune différence significative n'a été retrouvée, entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées, sur le risque d'accoucher par césarienne ($p = 0,119$).

Tableau XIII : Modèle avec ajustement simple

	<i>n</i> = 609	Odds Ratio	p-value	Intervalle de confiance à 95 %
Grossesse inopinée		1,62	0,119	[0,88 ; 2,99]
Age		1,07	0,008	[1,02 ; 1,12]
IMC		1,05	0,026	[1,00 ; 1,09]
Origine DOM-TOM		2,52	0,074	[0,91 ; 6,92]
Origine étrangère		1,41	0,266	[0,77 ; 2,58]
Deuxième Pare		0,48	0,009	[0,28 ; 0,83]
Troisième Pare		0,44	0,048	[0,20 ; 0,97]
Quatrième Pare et plus		0,26	0,004	[0,10 ; 0,65]
Bénéficiaire du chômage		1,67	0,239	[0,71 ; 3,90]
Aucune ressource financière		1,65	0,152	[0,83 ; 3,26]
Autres ressources financières		1,39	0,423	[0,62 ; 3,10]
Présentation non céphalique		13,2	< 0,001	[5,27 ; 33,04]
Grossesse gémellaire		6,25	0,002	[2,00 ; 19,44]
Hypertension artérielle gravidique		3,54	0,018	[1,24 ; 10,09]

2. Modèles avec score de propension

Deux autres modèles ont de plus été effectués afin d’approfondir l’analyse. Ils s’établissaient tout deux sur le score de propension.

Le premier modèle consistait à appairer le groupe des grossesses souhaitées et celui des grossesses inopinées en sélectionnant des individus au profil similaire. 151 patientes ont donc été sélectionnées. Une différence significative quant au mode d’accouchement a été retrouvé grâce à ce modèle ($p = 0,012$) : le groupe des grossesses inopinées était plus à risque d’accoucher par césarienne que les grossesses souhaitées (OR = 3,83) (*Tableau XIV*).

Tableau XIV : Modèle avec appariement

	<i>n = 151</i>	Odds Ratio	p-value	Intervalle de confiance à 95 %
Grossesse inopinée		3,82	0,012	[1,34 ; 10,94]
Age		1,01	0,794	[0,92 ; 1,11]
IMC		0,96	0,424	[0,88 ; 1,05]
Origine DOM-TOM		1,36	0,761	[0,19 ; 9,78]
Origine étrangère		1,5	0,517	[0,44 ; 5,08]
Deuxième Pare		0,21	0,118	[0,03 ; 1,48]
Troisième Pare		1,5	0,638	[0,28 ; 8,10]
Quatrième Pare et plus		2,07	0,355	[0,44 ; 9,69]
Bénéficiaire du chômage		7,88	0,1	[0,67 ; 92,13]
Aucune ressource financière		2,6	0,224	[0,55 ; 12,22]
Autres ressources financières		0,89	0,864	[0,22 ; 3,45]
Présentation non céphalique		43,77	0,011	[2,39 ; 799,10]
Grossesse gémellaire		18,96	0,023	[1,51 ; 237,91]
Hypertension artérielle gravidique		12,24	0,048	[1,03 ; 145,83]

Le second modèle consistait à pondérer de manière inverse sur le score de propension (tableau 15). Cela permettait d'avoir une comparabilité entre les groupes des grossesses souhaitées et des grossesses inopinées, tout en considérant l'ensemble des femmes incluses dans l'étude (contrairement au modèle avec appariement). Dans ce modèle, il n'a pas été retrouvé de différences entre les deux groupes ($p = 0,879$) quant au risque d'accoucher par césarienne (OR = 0,95) (Tableau XV).

Tableau XV : Modèle avec pondération inverse sur score de propension

	<i>n = 590</i>	Odds Ratio	p-value	Intervalle de confiance à 95 %
Grossesse inopinée		0,95	0,879	[0,50 ; 1,80]
Age		1,01	0,694	[0,94 ; 1,10]
IMC		1,06	0,068	[0,99 ; 1,11]
Origine DOM-TOM		1,86	0,287	[0,59 ; 5,87]
Origine étrangère		1,4	0,376	[0,66 ; 2,94]
Deuxième Pare		0,43	0,012	[0,22 ; 0,83]
Troisième Pare		1,18	0,73	[0,46 ; 2,99]
Quatrième Pare et plus		0,58	0,374	[0,17 ; 1,95]
Bénéficiaire du chômage		3,08	0,189	[0,57 ; 16,61]
Aucune ressource financière		3,2	0,034	[1,09 ; 9,35]
Autres ressources financières		1,94	0,168	[0,75 ; 4,98]
Présentation non céphalique		24,04	< 0,001	[8,09 ; 71,36]
Grossesse gémellaire		6,47	0,055	[0,96 ; 43,52]
Hypertension artérielle gravidique		5,39	0,002	[1,81 ; 16,04]

DISCUSSION

I. Points forts de l'étude

Aujourd'hui, la maîtrise des grossesses est un enjeu majeur de la vie de toute femme en France. Malgré l'accès démocratisé à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse, un nombre important de femmes débutent une grossesse de manière inopinée chaque année. Il s'agit donc d'une thématique très importante pour les femmes.

De plus, ce sujet concerne l'ensemble des professionnels de la naissance (sages-femmes, gynécologue-obstétriciens, psychologues, auxiliaires de puéricultures...). Ce travail est donc destiné à sensibiliser un public vaste.

En outre, il concerne particulièrement les sages-femmes. Elles interviennent bien sûr dans le contexte de la maternité de ces femmes mais également tout au long de leur vie avec le suivi gynécologique et la prescription de la contraception.

Par ailleurs, des études se sont plus limitées au profil socio-économique de ces femmes ainsi qu'aux devenir maternels et infantiles. Mais très peu d'études se sont intéressées au moment même de la naissance de ces enfants et des complications pouvant survenir lors du séjour à la maternité. Etant donné le peu de données disponibles à ce sujet, il paraissait intéressant de s'intéresser à ces grossesses inopinées et de décrire plus particulièrement les moments de l'accouchement et du séjour à la maternité.

Les données ont été recueillies personnellement dossier par dossier à partir des dossiers informatisés. Ainsi, des données qui n'avaient pas été renseignées au bon endroit ont pu être retrouvées en parcourant manuellement le dossier. Cela a donc permis d'obtenir une bonne exhaustivité des données recueillies.

Enfin, concernant la méthodologie de notre étude, notre échantillon comportait 615 accouchements pendant une période de deux mois. Nous avons ainsi obtenu un effectif conséquent et donc une puissance statistique raisonnablement importante pour que nos conclusions soient précises et fiables.

De plus, dans notre échantillon, le pourcentage retrouvé de grossesses inopinées était de 15 %. Dans la revue de la littérature, le pourcentage de grossesses inopinées est estimé en augmentation autour de 13 %, ce qui est assez proche de notre échantillon.

Ainsi, nous pouvons considérer que notre échantillon est potentiellement bien représentatif.

Cependant, nous avons constaté que trois dossiers n'ont pas été retrouvés et que 26 patientes n'ont pas pu être incluses car le critère « Survenue de la grossesse » n'était pas renseigné. Chaque critère n'était donc pas toujours renseigné de manière exhaustive : il existait donc des données manquantes. Mais, en comparaison à la puissance de l'effectif global, ces données manquantes n'ont donc que très peu affecté nos résultats.

II. Limites de l'étude

Tout d'abord, l'ambiguïté du terme de « grossesse inopinée » en fait une des premières et principales limites de cette étude. Ainsi, aucune définition n'est clairement établie à ce sujet et peut être source de multiples interprétations. Le terme « inopiné » fait référence à quelque chose d'inattendu et semble inclure les grossesses non désirées et les grossesses qui pourraient être souhaitées plus tard.

Ainsi dans la majorité des études, la classification du contexte de survenue de la grossesse correspond à : à la question « Quel était votre ressenti quand vous avez appris que vous étiez enceinte ? », quatre réponses sont alors proposées : « Vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant. », « Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt. », « Vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard. », « Vous auriez préféré ne pas être enceinte. ». Les études se focalisent donc soit sur les grossesses non voulues, soit sur l'ensemble des grossesses non voulues et voulues plus tard.

Il a été utilisé dans cette étude les données renseignées dans les dossiers informatisés ICOS, qui propose un choix binaire entre « grossesses souhaitée » ou « grossesse inopinée ». Ainsi, il est laissé un libre choix au professionnel de catégoriser cette grossesse selon son interprétation de la réponse de la femme enceinte. De plus, selon la manière dont la question est posée, pouvant être différente d'un professionnel à l'autre, la femme ne répondra pas forcément de la même façon à la question. En effet, que dire d'une femme qui explique être enceinte de manière inattendue, sans moyen contraceptif, et qui se dit heureuse d'être enceinte ? A cela s'associe évidemment l'ambiguïté du désir d'enfant.

Les dossiers ont été sélectionnés dans un seul et unique centre : une maternité publique de type III de la région d'Auvergne. L'étude comporte donc un biais de sélection puisqu'elle comprend la population d'une seule zone géographique définie et d'une population étant potentiellement plus à risque du fait du type de maternité. Une étude multicentrique aurait donc permis de recueillir des données d'une population plus variée et plus représentative de la population générale.

D'autre part, les groupes étudiés (grossesse souhaitée / grossesse inopinée) sont statistiquement différents sur le profil de la population. En effet, les femmes dont la grossesse était inopinée provenaient plus souvent d'un milieu socio-économique défavorisé. Cela induit donc des facteurs de confusion dans cette étude.

III. Discussion des résultats

1. Prévalence et contexte des grossesses inopinées

Dans notre étude, il a été retrouvé qu'un peu plus de 15,6 % des grossesses étaient inopinées. Ce chiffre est en concordance avec les études les plus récentes, bien qu'une définition universelle de la grossesse inopinée ne soit pas établie. Ainsi, une étude de 2015, réalisée en Belgique (Goosens et al) avait observé une prévalence de 17 % de grossesses inopinées. De plus, l'enquête périnatale de 2016 avait retrouvé près de 15,7 % de grossesses inopinées c'est-à-dire prenant en compte les grossesses souhaitées plus tard (12,2 %) et les grossesses non désirées (3,5 %). Cette enquête a montré une légère augmentation de cette prévalence entre 2010 et 2016 (13,4 % en 2010 et 15,7 % en 2016). Elle s'explique principalement par une augmentation des grossesses sous contraception qui représentent 59 % des grossesses inopinées. Ce résultat diffère quelque peu de notre étude où seulement 40 % des grossesses inopinées étaient dues à un échec de contraception. Ainsi, la majorité des femmes de notre étude ayant eu une grossesse inopinée n'utilisaient aucun moyen de contraception. (13, 26)

D'autres études provenant de pays non occidentaux (Brésil, Malawi...) montraient des taux de grossesses inopinées bien supérieurs à ceux de notre étude. Le contexte et l'accès aux soins n'étant pas similaires à ceux de la France, il est donc apparu difficile de les comparer. (27)

Concernant le moyen de contraception utilisé, notre étude discordait des autres et n'a pas révélé de différence significative entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées. Ainsi, près de 39 % de la population de notre étude n'utilisait aucun moyen de contraception alors que l'enquête périnatale de 2016 n'en recense que 8 %. Cet écart pourrait potentiellement s'expliquer par un manque d'exhaustivité dans le remplissage des dossiers. En revanche, les moyens de contraception les plus utilisés étaient la contraception orale (26,5 %) et le dispositif intra-utérin (6,5 %). Ceci est en accord avec les estimations de l'Institut National des Etudes Démographiques, montrant que la pilule contraceptive ainsi que le dispositif intra-utérin sont les moyens de contraception les plus utilisés aujourd'hui en France. (13,21)

Cette différence pourrait également s'expliquer par une difficulté de compréhension de cet item, dans les dossiers informatisés par les professionnels de santé et les patients. L'item est intitulé « Contraception précédente » et pourrait être sujet à interprétation. Cet item peut être compris comme étant la dernière contraception utilisée avant son arrêt pour être enceinte, ou bien comme étant la contraception qu'elles avaient au moment où elles ont débuté la grossesse. Ainsi, ce fort taux de non utilisation d'un moyen contraceptif pourrait aussi venir du fait que les femmes qui souhaitaient leur grossesse n'utilisaient pas de contraceptifs au début de leur grossesse. Tout dépend de la question posée par le professionnel et de la compréhension des femmes.

2. Profil de la population

Notre étude a retrouvé un profil de population différent entre les grossesses souhaitées et les grossesses inopinées. Ainsi, les femmes ayant une grossesse inopinée avaient une situation socio-économique plus défavorisée que les autres. Ceci est en cohérence avec un nombre important d'autres études.

Les femmes dont la grossesse était inopinée étaient tout d'abord plus jeunes que les autres (27,19 ans versus 30,03 ans). Cette différence se retrouve aussi notamment dans une étude américaine de 2007 (Mollahjee et al) montrant que 53 % des femmes ayant une grossesse inopinée avaient moins de 25 ans (versus 25,8 % pour les femmes dont la grossesse était souhaitée). Cependant, ce chiffre peut apparaître faussé étant donné que la classe d'âge des 18-24 ans représente un tiers des interruptions volontaires

de grossesse réalisées en France. Ainsi, dans cette classe d'âge, une grossesse sur deux n'est pas souhaitée et aboutit le plus souvent à une interruption volontaire de grossesse. (29,51-52)

De plus, les femmes de notre étude dont la grossesse était inopinée étaient le plus souvent d'origine étrangère ou des DOM-TOM et avaient une situation familiale et professionnelle plus précaires. Ceci est aussi retrouvé dans la majorité des études. Ainsi, une étude réalisée au Brésil en 2007 montrait que les facteurs comme l'origine de la femme (africaine ou asiatique), le fait de ne pas avoir de partenaire, de ne pas avoir de travail, étaient liés au fait d'avoir une grossesse inopinée. Dans un pays plus proche, comme la Belgique (Goossens et al, 2016), les mêmes facteurs ont ainsi été retrouvés : des femmes vivant seules, avec un niveau d'étude moins élevé. (26-27)

Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que les femmes ayant un niveau socio-économique défavorisé sont potentiellement moins informées vis-à-vis de la contraception et des recours possibles en cas de prises de risques. La culture peut aussi jouer un rôle pour les femmes d'origine étrangère dans le fait de poursuivre une grossesse inopinée. La Direction Générale de l'Offre de Soins a de plus démontré en 2014, un manque d'orientation et de prise en charge des mineures et des femmes sans couverture sociale, dans les parcours d'interruptions volontaires de grossesse. (52)

Il a aussi été retrouvé dans notre étude que les femmes ayant une grossesse inopinée avaient des grossesses plus rapprochées que les autres (25,15 mois en moyenne, versus 35,57 mois) et d'autant plus précocement dans les 6 mois suivant un accouchement (21 % vs 2 %). La période du post-partum est en effet une période à risque de grossesses inopinées du fait des préoccupations maternelles centrées sur l'enfant. La prévalence des grossesses rapprochées a très peu été étudiée et aucun chiffre récent n'a été retrouvé. (30-31)

De plus, dans notre étude, des différences significatives entre les groupes étudiés ont été retrouvées concernant l'indice de masse corporelle des femmes et leur parité. En effet, les femmes ayant une grossesse inopinée avaient un indice de masse corporelle plus élevé que les autres (26,03 kg/m² versus 23,64 kg/m²). Il a également été retrouvé plus de femmes multipares dans le groupe des grossesses inopinées. Ceci peut s'expliquer principalement par le niveau socio-économique de ces femmes. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence une augmentation de l'obésité en cas de

situation de précarité (Loddo et al, 2016). Cela influe aussi sur le caractère de multiparité de ces femmes. (53)

Il a été retrouvé dans une étude que les femmes dont la grossesse était inopinée avaient plus consommé d'alcool pendant la grossesse que les autres. Cependant, ce résultat nous apparaît biaisé. Tout d'abord, la p-value est à la limite de la significativité ($p = 0,049$) et les effectifs sont bien trop faibles pour en tirer des conclusions (1 versus 2). De plus, la prévalence de la consommation d'alcool est très souvent sous-estimée. Une étude de 2010 de l'INPES avait révélé que 32 % des femmes enceintes continuaient à boire de l'alcool de manière occasionnelle. Notre étude n'a pas retrouvé de différence entre les groupes étudiés vis-à-vis des autres conduites addictives, contrairement à d'autres études comme celle de Goossens et al de 2016. Celle-ci démontrait que les femmes dont la grossesse n'était pas planifiée fumaient plus de tabac durant la grossesse et avaient plus d'antécédents de consommation de drogues que les autres. (26,54)

3. Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de notre étude était de décrire et de comparer le mode d'accouchement des femmes dont la grossesse était inopinée versus celles dont la grossesse était souhaitée.. Il n'a pas été démontré de différence entre les femmes dont la grossesse était inopinée et celles dont la grossesse était souhaitée concernant le taux de voie basse spontanée. Les chiffres obtenus sont en concordance avec les résultats de l'enquête périnatale de 2016 (67 % d'accouchements par voie basse spontanée, 12 % par voie basse instrumentale et 20 % par césarienne). Une seule étude caractérisant le mode d'accouchement en cas de grossesses inopinées a été retrouvé. Elle ne révélait pas non plus d'excès de risque de césarienne ou d'accouchement par voie basse instrumentale en cas de grossesse imprévue (Goossens et al, 2016). (13,26)

Notre étude n'a pas révélé de différence significative entre les groupes étudiés concernant l'âge gestationnel à l'accouchement, contrairement à de nombreuses études. Une méta-analyse de 2011 (Shah et al) a démontré qu'il y avait plus de risque d'accoucher de manière prématurée (< 37 semaines d'aménorrhées) lorsque la grossesse était inopinée et surtout lorsqu'elle n'était pas désirée du tout. Celle-ci a de plus constaté que les enfants issus de grossesses imprévues avaient de plus faible poids de

naissance que les autres. Ce résultat n'a pas non plus été retrouvé dans notre étude. Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par de potentielles différences entre les profils de population dans les différentes études. Les populations étaient-elles plus à risque (naissances multiples, antécédents d'accouchements prématurés...) et avec un niveau socio-économique plus défavorisé ? Toutefois, ces caractéristiques sont très peu décrites dans ces études. (33)

La durée du travail d'accouchement a été similaire dans les deux groupes de notre étude (un peu plus de 7 heures). Ce résultat est concordant avec l'étude de Goossens et al de 2016, qui avait retrouvé une durée de 7,5 heures. Cependant, ce résultat ne peut être totalement fiable étant donné la variabilité des renseignements dans les dossiers : le calcul était débuté pour certains à trois centimètres de dilatation, pour d'autres à cinq, et pour d'autres encore le calcul était débuté lors de l'arrivée à la maternité (pour des dilatations supérieures à cinq centimètres), ce qui ne correspondait pas au début du travail. (26)

Dans notre étude, il a été retrouvé moins de lésions périnéales après l'accouchement dans le groupe des grossesses inopinées. Cela s'explique probablement par le fait qu'il y ait plus de femmes multipares dans le groupe des grossesses inopinées. De plus, aucune différence n'avait été retrouvée concernant le taux d'hémorragie du post-partum (saignements de plus de 500 millilitres) entre les groupes étudiés. Le taux d'hémorragie du post-partum retrouvé (14 %) était cohérent avec les données de la littérature (Deneux-Tharoux et al, 2014). (55)

Notre étude n'a également pas révélé de différence entre les groupes étudiés concernant l'état de santé de l'enfant à la naissance (pH artériel, score d'Apgar, gestes de réanimation). Les chiffres avancés ont montré des valeurs de pH artériel similaires à ceux de l'enquête périnatale de 2016. Cependant, le score d'Apgar à cinq minutes de vie était plus faible dans notre étude et plus de gestes de réanimation ont dû être prodigués. Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre étude se soit déroulée dans une maternité de type III accueillant plus de grossesses à risque en comparaison avec l'enquête périnatale qui fait un état des lieux sur plusieurs maternités de différents types. Notre étude a de plus révélé un plus fort taux d'hospitalisation et de décès des enfants en cas de grossesses inopinées. Cependant, les effectifs sont trop faibles concernant les décès pour pouvoir en tirer des conclusions. (13)

Notre étude n'a pas démontré de différence concernant le mode d'alimentation du nouveau-né en cas de grossesses inopinées. Ce même résultat avait été retrouvé dans l'étude de Goossens et al (2016). Mais d'autres études montraient des résultats contraires (Cheng et al 2009, Taylor et al 2002). Elles démontraient également que la durée d'allaitement était plus courte en cas de grossesses inopinées. Notre étude, quant à elle, n'a pris en compte que le mode d'alimentation du nouveau-né en fin de séjour à la maternité. (26,56)

Concernant les complications maternelles et néonatales lors du séjour à la maternité, aucune différence n'a été établie entre les groupes de notre étude. Cependant les prévalences de ces complications sont faibles et les effectifs étaient restreints pour pouvoir analyser les résultats. Les mêmes résultats et les mêmes problématiques ont été retrouvés dans l'étude de Goossens et al, de 2016. De plus, les dossiers n'étaient pas toujours bien renseignés pour ces critères et les données sur les complications néonatales n'ont pu être recueillies que pour les enfants hospitalisés avec leur mère à la maternité. (26)

4. Discussion de l'analyse multivariée

Une analyse multivariée a été réalisée afin d'étudier le rapport entre le fait que la grossesse soit inopinée et le risque d'accoucher par césarienne, tout en minimisant l'impact des facteurs confondants.

Ainsi, un premier modèle avec ajustement simple n'a pas révélé d'augmentation de risque de césarienne en cas de grossesse inopinée, le résultat n'étant pas concluant. Afin d'éviter toute conclusion hâtive, d'autres modèles ont été réalisés. Seul le modèle avec appariement montrait un risque significativement plus élevé de césarienne en cas de grossesse inopinée. Hors, ce modèle a sélectionné un nombre restreint de patientes avec des profils similaires dans chaque groupe étudié. Il apparaît que ces patientes correspondent aux femmes ayant les niveaux socio-économiques les plus défavorisés. On pourrait donc supposer que ce risque plus élevé de césarienne est conditionné par le fait que la grossesse inopinée soit apparue dans un contexte de niveau socio-économique très faible. Cette tendance à un risque augmenté n'apparaît en revanche pas dans tous les autres modèles.

En effet, le niveau socio-économique des femmes influe fortement sur leur grossesse par différents aspects et contribue à l'augmentation des risques pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum. Différentes études ont démontré que les femmes en situation de précarité présentaient plus de pathologies obstétricales (anémie, infections, menace d'accouchement prématuré, diabète...) et avaient plus de risques d'accoucher de manière prématurée. Une augmentation de la morbidité fœtale et néonatale était aussi observée. Les mères présentaient de plus un risque plus élevé de développer des troubles psychiques durant la grossesse ou par la suite. (57,58)

IV. Projet d'action

Notre étude a permis de constater d'importantes différences concernant le niveau socio-économique, entre les femmes ayant eu une grossesse inopinée et celles ayant souhaitées leur grossesse. Il apparaîtrait intéressant de promouvoir l'accès aux informations sur la contraception aux femmes ayant un niveau socio-économique précaire. De telles interventions sont déjà effectuées grâce aux Protections Maternelles et Infantiles et aux Planning Familiaux. Cependant, ces interventions restent ponctuelles malgré l'augmentation croissante de femmes en situation de précarité, du fait des autres missions de ces établissements. De plus, ces femmes sont souvent isolées et donc peu ou mal informées.

D'autres études pourraient aussi être effectuées afin d'approfondir la nôtre, en caractérisant mieux la notion de grossesse inopinée ainsi que le niveau socio-économique des femmes (le score EPICES pourrait éventuellement être utilisé). (59)

Afin de sensibiliser les jeunes, il serait aussi important de mieux les informer sur leur anatomie, leur physiologie et sur les moyens de prévenir une grossesse. En effet, une circulaire de 2003 a permis l'inscription dans le code de l'éducation, d'au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Mais, en pratique, cela est très peu réalisé et contribue au manque d'informations de ces jeunes, qui seront les adultes de demain.

Les sages-femmes ont donc un rôle important en matière de prévention des grossesses inopinées, notamment auprès de ces populations.

CONCLUSION

Les objectifs de cette étude observationnelle de type cohorte historique étaient d'évaluer le mode d'accouchement et les complications associées à celui-ci en cas de grossesses inopinées. 615 dossiers, de patientes ayant accouchées à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand, entre le 1^{er} Mai 2017 et le 30 Juin 2017, ont été analysés dans cette étude.

A travers cette étude, il a été montré que 15,6 % des femmes menaient une grossesse survenue de manière inopinée. Il a été retrouvé que ces femmes avaient un niveau socio-économique plus défavorisé que les femmes dont la grossesse était souhaitée (femmes jeunes, d'origine étrangère, vivant seule, sans ressources financières avec un niveau d'étude plus faible). Il existait également plus de femmes multipares et ayant un indice de masse corporelle plus élevé dans le groupe des grossesses inopinées. Il n'a cependant pas été retrouvé de différence significative entre les groupes étudiés concernant le mode d'accouchement et les complications de celui-ci pour la mère et l'enfant. La durée du séjour à la maternité était similaire entre toutes ces femmes, tout comme le mode d'alimentation des enfants.

Cependant, certaines limites se sont imposées à cette étude. La principale concernait l'ambiguïté du terme même de « grossesse inopinée » pouvant être interprété de différentes manières par les professionnels et les patientes, et ne pouvant pas être simplement opposé au terme « souhaitée ».

Par ailleurs, moins de la moitié de ces grossesses étaient dues à un échec des méthodes contraceptives, le reste étant due à la non utilisation de celle-ci. Il apparaît donc important de se pencher sur la question de la prévention des grossesses inopinées dans les milieux défavorisés.

D'autres études pourraient aussi se mettre en place en caractérisant mieux le terme de « grossesse inopinée » et le niveau socio-économique de ces femmes. Il apparaîtrait également intéressant de se poser la question de l'influence de la préparation à la naissance et à la parentalité en cas de grossesses inopinées.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hansen-Love L. La philosophie de A à Z. Paris : Hatier ; 2011, 480 p.
2. Bydlowski M. Les enfants du désir. Paris : Odile Jacob ; 2008, 196 p.
3. Chabert C, André J. Désirs d'enfant. Paris : Presses Universitaires de France ; 2009, 94 p.
4. Frydman R, Rufo M. Désir d'enfant. Paris : Poche Marabout; 2013, 448 p.
5. Bydlowski M. La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : Presses Universitaires de France ; 2008, 213 p.
6. Réseau National des Observatoires des Familles. Désir d'enfant [Internet]. [cité 05 mai 2017]. Disponible sur: http://www.unaf.fr/IMG/pdf/obsv_familles.pdf
7. Abdel-Baki A, Poulin MJ. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Psychothérapies. 2004 ; 24(1):3-9.
8. Petit L. Désir d'enfant. Spirale. 2004 ; 32(4):19-26.
9. Larousse. Définitions : inopiné [Internet]. [cité 10 juin 2017]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inopin%C3%A9_inopin%C3%A9e/43221
10. Régnier-Loilier A. Evolution des naissances et des grossesses non désirées en France. Réflexions méthodologiques et éléments d'interprétation [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://demoscope.ru/weekly/knigi/tours_2005/papers/iussp2005s51748.pdf
11. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde : les grossesses ne sont pas toutes désirées [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/fr/index3.html>
12. Inpes. Contraception, IVG et grossesses non désirées [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf
13. Inserm. Enquête nationale périnatale 2016 [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
14. Drees. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge [Internet]. [cité 9 janv 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossiers_2009_2010_les_IVG_en_France_en_2007.pdf
15. Van de Welle E. Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne? [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/250/francais_418.fr.pdf
16. Bodet A. Histoire de la contraception: de la grossesse subie à la grossesse désirée [Internet]. [cité 16 mars 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080073/2014PPHA3265/fichier/3265F.pdf>

17. Yonnet P. L'avènement de l'enfant du désir. *Études*. 2010 ; 412(1):43-52.
18. L'Obs. Contraception et avortement : les grandes dates en France [Internet]. [cité 02 juin 2017]. Disponible sur:
<http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071127.OBS6977/contraception-et-avortement-les-grandes-dates-en-france.html>
19. Assemblée nationale. 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 02 juin 2017]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/
20. Insee. Bilan démographique 2016 [Internet]. [cité 07 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860?sommaire=1912926>
21. Ined. Contraception [Internet]. [cité 07 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
22. Ined. Avortements [Internet]. [cité 07 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
23. Inpes. Mise en oeuvre de la politique sur la contraception [Internet]. [cité 08 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130515.pdf>
24. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 09 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
25. Bajos et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf
26. Goossens J, Van Den Branden Y, et al. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2016 ; 31(12):2821-33.
27. Theme-Filha MM, Baldisserotto ML, et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey. *Reprod Health*. 2016 ; 13(3):118.
28. Aztlan-James EA, McLemore M, et al. Multiple Unintended Pregnancies in U.S. Women: A Systematic Review. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2017 ; 21(1):114
29. Mohllajee AP, Curtis KM, et al. Pregnancy intention and its relationship to birth and maternal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2007 ; 109(3):678-86.

30. Addioui-Beal K. Grossesses rapprochées : complications, profil des patientes et anémie. [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00761396/document>
31. Vaillant A. Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences obstétricales, maternelles et néonatales. [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur : <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/b15570be-1636-47c2-8bc0-efd19dcab977> vaillant grossesse rapprochées
32. Graignic-Philippe R, Tordjman S, et al. Le stress prénatal : état de la question et perspectives. [Internet]. [cité 11 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/29624/resultatrecherche/3>
33. Shah PS, Balkhair T, et al. Intention to become pregnant and low birth weight and preterm birth: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2011 ; 15(2):205-16.
34. Hall JA, Benton L, et al. Pregnancy Intention and Pregnancy Outcome: Systematic Review and Meta-Analysis. *Matern Child Health J.* 2017 ; 21(3):670-704.
35. Emery-Hauzeur C, Sand E-A. Enfants désirés et non désirés. *Enfance.* 1962 ; 15(2):109-26.
36. Mercier RJ, Garrett J, et al. Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2013 ; 120(9):1116-22.
37. Gauthreaux C, Negron J, et al. The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011. *Medicine.* 2017 ; 96(6) [Internet]. [cité 03 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5312985/>
38. Thoumsin H, Emonts P. Accoucher et naître : de jadis à aujourd'hui [Internet]. [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <https://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/161904/1/accoucher%20et%20naitre.pdf>
39. Société d'Histoire de la Naissance. Histoire de la naissance en Occident (XVIIe - XXe siècles) [Internet]. [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article2>
40. Haute Autorité de Santé. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse [Internet]. [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf
41. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan de périnatalité 2005-2007 [Internet]. [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
42. Ministère de la santé et des sports. Evaluation du plan de périnatalité 2005-2007 [Internet]. [cité 30 mai 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

43. Cngof. Recommandations pour la pratique clinique : extractions instrumentales [Internet]. [cité 05 juin 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_21.HTM
44. Beucher G. Complications maternelles des extractions instrumentales. [Internet]. [cité 05 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/194988>
45. Baud O. Complications néonatales des extractions instrumentales. [Internet]. [cité 06 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/194989>
46. Cngof. Recommandations pour la pratique clinique : césarienne, conséquences et indications [Internet]. [cité 05 juin 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM
47. Subtil D, Vaast P, et al. Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. /data/revues/03682315/0029SUP2/10/ [Internet]. [cité 05 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114127>
48. Ngowa JDK, Ngassam A, et al. Complications maternelles précoces de la césarienne: à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun. [Internet]. [cité 05 juin 2017]; 21. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4646440/>
49. Deneux-Tharoux C. Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du postpartum, France 1996-2000 [Internet]. [cité 06 juin 2017]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1696
50. Haute Autorité de Santé. Hétérogénéité des pratiques de la césarienne en France [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/heterogeneite_des_pratiques_de_la_cesarienne_en_france.pdf
51. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 2011 ; 3 : 116-147. [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-116.htm>
52. Drees. IVG : état des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. [Internet]. [cité 30 mars 2018]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_ivg_25juillet.pdf
53. Loddo C, Rémi A et al. L'impact de la précarité dans l'obésité dans la filière Surcharge Pondérale du service d'Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition au CHU de Bordeaux. Diabetes and metabolism. 2016 ; 42(1) : 87-89.
54. Inpes. Prévention de l'alcool pendant la grossesse. [Internet]. [cité 30 mars 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/prevention-grossesse.asp>

55. Deneux-Tharaux C, Bonnet M. Epidémiologie de l'hémorragie du post-partum. *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction*. 2014 ; 43(2): 936-50
56. Taylor JS. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed ? *J Fam Pract*. 2002 ;51(1): 431-36
57. Scoazec C. Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam. [Internet]. [cité 30 mars 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633666/document>
58. Faure K, Legras M et al. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La revue du praticien*. 2011 ; 61(2) : 1-8.
59. Convers M. Utilisation du score EPICES pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *Revue Sage-Femme*. 2010 ; 9 : 3-9

ANNEXES

Annexe I : Grille de recueil des données

Recueil de données

Profil de la population :

- Age : valeur numérique
- Origine géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM-TOM
 - Etrangère
 - NR
- Situation de famille :
 - Célibataire
 - Mariée
 - Pacsée
 - Divorcée
 - NR
- Mode de vie familial :
 - Vit seule
 - Vit en couple
 - Vit en colocation
 - Vit chez ses parents
 - Autre
 - NR
- Niveau d'étude :
 - Non scolarisée
 - Primaire
 - Collège
 - Lycée
 - Enseignement supérieur
 - NR
- Ressources de la mère :
 - Travail
 - Allocation chômage
 - Aucune
 - Autres
- Tabac pendant la grossesse :
 - Oui
 - Non
 - NR

- Alcool pendant la grossesse :
 - Oui
 - Non
 - NR
- Cannabis pendant la grossesse :
 - Oui
 - Non
 - NR
- Autres substances pendant la grossesse :
 - Oui
 - Non
 - NR

Grossesse :

- Souhait de la grossesse :
 - Souhaitée
 - Inopinée
- Découverte de la grossesse inopinée :
 - Premier trimestre
 - Deuxième trimestre
 - Troisième trimestre
- Contexte de la grossesse inopinée :
 - Sans contraception
 - Oubli de pilule
 - Oubli de retrait implant
 - Echec stérilet
 - Echec préservatifs
 - Echec spermicides
 - Echec anneau vaginal
 - Changement de contraception
 - Autres méthodes de contraception
 - NR
- Type de grossesse :
 - Grossesse singleton
 - Grossesse gémellaire

- Contraception précédant la grossesse :
 - Aucune contraception
 - Pilule OP
 - Progestatif
 - Implant
 - Stérilet
 - Préservatifs
 - Spermicides
 - Anneau vaginal, patch
 - Autres
 - NR
- Gestité : valeur numérique
- Parité : valeur numérique
- IVG : valeur numérique
- FCS : valeur numérique
- Délai entre accouchement précédent et début de grossesse : valeur numérique
- IMC : valeur numérique
- MAP : OUI / NON
- HTA : OUI / NON
- Diabète : OUI / NON
- Anomalie de liquide amniotique :
 - Oui
 - Non
 - NR
- Type d'anomalie de liquide amniotique :
 - Hydramnios
 - Oligoamnios
- Anomalie de croissance fœtale :
 - Oui
 - Non
 - NR
- Type d'anomalie de croissance fœtale :
 - Macrosomie
 - Retard de croissance
- Hospitalisation durant la grossesse : OUI / NON

Accouchement :

- Age gestationnel à l'accouchement : valeur numérique
- Mode de début de travail :
 - Spontané
 - Déclenchement artificiel
 - Césarienne avant travail

- Présentation fœtale :
 - Céphalique
 - Siège
 - Transverse
 - Autre
- Durée du travail : valeur numérique
- Mode d'accouchement :
 - Voie basse spontanée
 - Intervention voie basse
 - Césarienne avant travail
 - Césarienne pendant travail
- Motif de l'intervention :
 - Non progression de la présentation
 - Fatigue maternelle
 - RCF pathologique + liquide amniotique méconial
 - RCF pathologique isolé
 - Troubles du RCF
 - Rotation incomplète de la tête
 - Stagnation ou arrêt de la dilatation
 - Echec tocolyse
 - Echec déclenchement
 - Echec extraction instrumentale
 - Présentation du siège
 - Présentation de la face, menton, front
 - Présentation anormale autre
 - Dystocie gémellaire
 - Utérus cicatriciel
 - HELLP syndrome
 - Hématome rétro-placentaire sans troubles de la coagulation
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Macrosomie fœtale
 - Malformation fœtale
 - Disproportion due à une macrosomie fœtale
 - Disproportion due à une malformation du bassin
 - Diabète préexistant non insulino-dépendant
 - Pré-éclampsie modérée
 - Pré-éclampsie sévère
 - Signes d'hypoxie fœtale
 - Chorioamniotite
 - Rupture prématurée des membranes < 37 SA et délai de travail > 24h sans tocolyse
 - Rupture prolongée des membranes > 37 SA
 - Virus de l'immunodéficience humaine positif
 - Syndrome transfuseur-transfusé
 - Procidence du cordon
 - Placenta prævia sans hémorragie

- Placenta prævia avec hémorragie
- Mort fœtale in utéro > 22 SA
- Anomalie vaginale
- Résultat hématologiques anormaux
- Non engagement à dilatation complète
- Hémorragie du post-partum :
 - Oui
 - Non
- Lésions des parties molles :
 - Aucune
 - Lésions traumatiques
 - Déchirure périnéale superficielle
 - Déchirure périnéale simple
 - Déchirure périnéale complète
 - Episiotomie
- Nombre d'enfants nés : valeur numérique
- Etat de l'enfant :
 - Vivant
 - Décédé
- Poids de l'enfant : valeur numérique
- Trophicité :
 - Eutrophe
 - Hypotrophe
 - Macrosome
- pH artériel au cordon : valeur numérique
- Score d'Apgar à 5 min de vie : valeur numérique
- Manœuvres de réanimation : OUI / NON
- Mode de sortie pédiatrique de la salle de naissance :
 - Avec sa mère
 - Décès
 - Unité kangourou
 - Néonatalogie
 - Soins intensifs
 - Réanimation

Suites de couches :

- Alimentation du nouveau-né (en fin de séjour) :
 - Allaitement maternel
 - Allaitement artificiel
 - Allaitement mixte
 - NR

- Complications maternelles :
 - Infections du post-partum
 - Complications pariétales
 - Complications thromboemboliques
 - Complications périnéales
 - Complications d'une anesthésie
 - Autres (anémie, hémorragie secondaire, rétention urinaire, HTA, psychose puerpérale)
- Complications néonatales :
 - Infections materno-fœtales
 - Ictère néonatal
 - Pathologies métaboliques
 - Troubles de la régulation thermique
 - Malformation néonatale
 - Autres
- Durée de séjour à la maternité : valeur numérique
- Mode de sortie maternelle de la maternité :
 - Domicile
 - Transfert
 - Autre
 - Décès
 - NR
- Mode de sortie néonatale de la maternité :
 - Domicile
 - Transfert
 - Décès
 - Autre
 - NR
- Réhospitalisation maternelle : OUI / NON

Résumé

Introduction - Actuellement, un nombre encore important de grossesses surviennent de manière inopinée, malgré les avancées de l'accès à la contraception. Si certaines femmes font le choix d'interrompre leur grossesse, d'autres vont la mener jusqu'à son terme. Il apparaît alors important de connaître le devenir de ces femmes et de ces enfants.

Objectifs - L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le mode d'accouchement en cas de grossesses inopinées. Les objectifs secondaires concernaient l'évaluation des complications maternelles et néonatales en cas de grossesses inopinées.

Méthode - Ce travail de recherche a eu lieu dans une maternité de type III de la région d'Auvergne, du 1^{er} Mai 2017 au 30 Juin 2017. Une étude observationnelle de type cohorte historique a été réalisée à l'aide de dossiers informatisés. 615 dossiers ont été analysés.

Résultats - Cette étude a retrouvé que 15,6 % des grossesses étaient inopinées. Le profil de ces femmes montrait un niveau socio-économique beaucoup plus défavorisé que les autres. Il n'a cependant pas été retrouvé de différence concernant le mode d'accouchement ainsi que les complications maternelles et néonatales.

Conclusion - La planification de la grossesse ne semble pas avoir d'impact sur la morbi-mortalité maternelle et infantile, à l'accouchement et lors du post-partum à la maternité. Cependant, un axe de prévention des grossesses inopinées serait à développer plus particulièrement au niveau des classes sociales les plus défavorisées.

Mots-clés : grossesse inopinée, mode d'accouchement, complications maternelles et néonatales

Abstract

Introduction - Nowadays, a significant number of pregnancies still occur in an unintended way, even though contraception is now broadly accessible. Some women may choose to interrupt their pregnancy, others will decide to complete it. It seemed important to take an interest in these women and children's fate.

Purposes - The main purpose of this study was to evaluate the mode of delivery in cases of unintended pregnancies. The secondary outcome was the evaluation of maternal and neonatal complications in unintended pregnancies.

Methods - This study took place in a type III maternity ward in region Auvergne, from May 1st 2017 to June 30th 2017. An observational, historical cohort study was built based on the analysis of 615 digital patient files.

Results - This study found that 15.6% of the pregnancies were unintended. These women's profiles tend to show a lower socio-economic status. However, no difference was underlined in the mode of delivery nor the maternal and neonatal complications following.

Conclusion - Planning for pregnancy doesn't seem to have an impact on the maternal or infant morbidity or mortality, neither during delivery nor in the postpartum state within a maternity ward. However, a prevention approach for unintended pregnancies should be developed, especially when it comes to underprivileged social classes.

Keywords : unintended pregnancy, mode of birth, maternal and neonatal outcomes