



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Accouchement inopiné extrahospitalier : y a t-il plus de complications
maternelles et néonatales dans les vingt-quatre premières heures ?**

Présentée et soutenue publiquement le 21 novembre 2014 à 18h
au Pôle Recherche

Par DELANNOY Stéphanie

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Monsieur le Docteur Serge DALMAS

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Quentin SEBILLEAU

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

[x-y]	(IC à 95% [x-y])
AIEH	Accouchement inopiné extrahospitalier
BAVU	Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle
CHRU	Centre Hospitalier Universitaire Régional et Universitaire
e-CRF	Electronic Case Report Form
HPPI	Hémorragie du Post-Partum Immédiat
IC	Intervalle de Confiance
NS	Non Significatif
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Table des matières

Résumé	9
Introduction	10
Matériels et méthodes.....	12
A) Objectif principal.....	12
B) Objectif secondaire.....	12
C) Méthodes	12
1. Critères d'inclusion	12
2. Critères d'exclusion	12
3. Recueil et protection des informations.....	13
4. Outils statistiques utilisés.....	13
5. Outils de recherche bibliographique utilisés	13
6. Autorisation.....	14
Résultats	15
A) Population étudiée.....	15
• Données démographiques :.....	15
• Antécédents maternels	17
• Particularités des grossesses	17
B) Déroulement de l'accouchement	18
• L'expulsion foetale.....	18
• La délivrance placentaire.....	19
C) Les complications maternelles et néonatales en post-partum immédiat ..	20
• Complications maternelles.....	20
• Complications néonatales.....	22
D) Durée d'hospitalisation	24
E) Comparaison aux données hospitalières	25
Discussion	26
A) Les principaux résultats.....	26
• Prévalence de l'évènement.....	26
• La population	26
• Les complications du post-partum immédiat.....	28
B) La validité Interne	31
Conclusion.....	33
Liste des Références	34
Annexes	37

Résumé

Contexte : Si l'évolution de la prise en charge de la naissance et sa migration du domicile vers l'hôpital a significativement diminué la morbi-mortalité périnatale ce dernier siècle, les maternités de proximité sont en cours de fermeture au niveau national. Ceci pourrait augmenter la prévalence de l'accouchement inopiné extrahospitalier (AIEH). Ce travail compare la morbi-mortalité de cet évènement de 2011 à 2013 avec celle de l'accouchement hospitalier.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive épidémiologique exhaustive puis comparative avec les données de la littérature. Nous avons inclus toutes les patientes ayant accouché avec ou sans la présence du SMUR de Lille. Le recueil de données s'est fait par l'analyse des mains courantes du SAMU 59 et des dossiers obstétricaux.

Résultats : 97 femmes âgées de 17 à 40 ans, ayant accouché en extrahospitalier ont été incluses. Concernant les complications maternelles, la mortalité maternelle est nulle dans notre étude. Le taux d'hémorragie est à 6,4% (IC à 95% [3-14]) contre 6,6% en hospitalier, avec 1% (IC à 95% [-1-3]) de transfusion sanguine, contre 0,1% en hospitalier. Concernant les complications néonatales, la proportion d'hospitalisation, de détresse respiratoire et de décès néonatal sont plus élevées dans les AIEH, respectivement à 18,6% (IC à 95% [11-29]), 9,9% (IC à 95% [5-18]) et 3,3% (IC à 95% [0,7-10]), comparés aux chiffres de la littérature à, respectivement 6,6%, 1,8% et 0,1%.

Conclusion : L'accouchement inopiné extrahospitalier semble augmenter le nombre de complications néonatales mais pas maternelles, en dehors de la transfusion, par rapport aux accouchements hospitaliers. Cela pourrait être confirmé lors d'une étude prospective.

Introduction

L'accouchement inopiné extra hospitalier (AIEH) est aussi appelé "Syndrome de Laetitia", en hommage à Laetitia RAMOLINO qui accoucha de Napoléon Bonaparte dans un chemin au retour d'une messe en 1769. A cette époque, l'accouchement inopiné était fréquent et ce jusqu'à sa médicalisation notamment grâce à l'apparition de l'hygiène au 20^{ème} siècle. L'accouchement a alors lieu en maternité, c'est le début d'une norme. Au 21^e siècle, l'AIEH est rare. Il représentait 0,5 % des accouchements en France en 1999, et 1 à 2% en 2008, soit 500 accouchements extrahospitaliers sur les 35 000 accouchements par an que compte le département du Nord. (1–4)

La Gynécologie Obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale à part entière. Elle a été créée pour assurer une prise en charge optimale à la fois de la mère et du nouveau-né en particulier lors des accouchements. En pré-hospitalier, l'accouchement est géré par des équipes de soignants polyvalents mais non spécialisés en Obstétrique. Seulement 3 mois de stage sont accordés à l'Obstétrique pendant l'internat des médecins urgentistes. De plus, nous remarquons une disparité dans la formation selon les régions de France. Des recommandations d'experts ont été publiées par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation et la Société Française de Médecine d'Urgence en 2010 concernant la prise en charge des urgences obstétricales extrahospitalières afin d'homogénéiser la prise en charge. (5)

La prévalence de l'AIEH est faible et peu d'études ont étudié les conséquences de ce mode d'accouchement sur la mère ou sur l'enfant. Les conditions de réalisation de cet acte au domicile sont bien différentes des conditions hospitalières tant sur les conditions d'asepsie que sur les moyens techniques ou humains disponibles. Nous pouvons ainsi nous demander si cela augmente le risque de complication chez ces parturientes et leur nouveau-né.

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des différentes complications retrouvées en post-partum des AIEH, puis de comparer leur prévalences avec celles décrites dans les accouchements hospitaliers.

Matériels et méthodes

A) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des complications en post-partum immédiat d'un AIEH et dans les 24h.

B) Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de comparer les données recueillies avec les données de la littérature des accouchements hospitaliers.

C) Méthodes

1. Critères d'inclusion

L'étude s'est intéressée aux femmes ayant accouché de façon inopinée en pré-hospitalier et leur nouveau-né, entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2013, et ayant fait l'objet d'une intervention par le SMUR de Lille. Seules les femmes dont l'expulsion fœtale avait eu lieu en pré-hospitalier, avant ou pendant la présence de l'équipe du SMUR, ont été incluses.

2. Critères d'exclusion

- Les accouchements ayant eu lieu dans une structure hospitalière ont été exclus et les patientes qui n'ont pas accouché, même si elles ont bénéficié d'un transport médicalisé vers la maternité.

3. Recueil et protection des informations

Les données ont été recueillies à partir des mains courantes des années 2011, 2012 et 2013 du SAMU 59 sur un fichier Excel, protégé par un mot de passe. Nous avons isolé les interventions concernant des urgences obstétricales, et parmi elles, des accouchements réalisés en pré-hospitalier.

Les parturientes ont toutes été transférées en maternité. Les dossiers médicaux archivés ont été consultés afin d'accéder à la prise en charge des parturientes et de leur nouveau-né pendant les 24 premières heures du post-partum.

Nous avons anonymisé les données en ligne via un electronic Case Report Form (e-CRF) (annexe 1). L'accès était protégé par un mot de passe. Cela nous a permis de numériser les données en un fichier Excel, que nous avons confié aux biostatisticiens du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille pour l'analyse statistique.

Nous avons comparé les données aux chiffres nationaux de la littérature sur les accouchements hospitaliers, notamment grâce à l'Enquête Nationale Périnatale de 2010. (6)

4. Outils statistiques utilisés

L'analyse a été réalisée par le service de biostatistique du CHRU de Lille, avec le logiciel R version 3.2.0 (Copyright (C) 2013, The R Foundation for Statistical Computing).

Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student et les variables qualitatives par un test de Chi² avec $p < 0,05$ jugé comme significatif, soit un risque α de 5%.

5. Outils de recherche bibliographique utilisés

Nous avons bénéficié, *via* le Service Commun de Documentation de la faculté de Lille 2, de l'accès aux différents articles nécessaires à notre travail sur des sites de référence bibliographique médicale (EM-consult, Science Direct et PubMed).

Les références des articles utilisés dans notre travail ont été intégrées dans notre thèse via le logiciel ZOTERO.

6. Autorisation

Nous avons obtenu l'autorisation du Chef de Service du SAMU 59 pour avoir accès aux mains courantes. Nous avons sollicité l'accord des Chefs de Service de Gynécologie-Obstétrique ou médecins du Département des Informations Médicales (DIM) des établissements concernés pour obtenir les dossiers médicaux des patientes incluses dans notre étude afin d'y recueillir les informations nécessaires.

L'étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Résultats

A) Population étudiée

Du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2013, 22431 interventions ont été réalisées par le SMUR de Lille, toutes causes confondues.

97 parturientes et leurs 100 nouveau-nés ont pu être inclus.

Nous avons pu avoir accès au dossier médical de la maternité de destination de 81 d'entre elles. Pour les 16 restantes, nous avons recueilli les informations présentes sur les mains courantes du SAMU.

- **Données démographiques :**

Les femmes étaient âgées de 17 à 40 ans. La moyenne d'âge était de 29,8 ans (Intervalle de Confiance (IC) à 95% entre [29 et 31]). (figure 1)

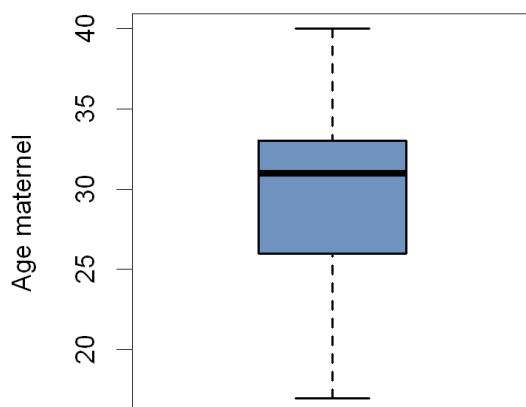


Figure 1 : Répartition de l'âge maternel

Les parturientes étaient primipares dans 10% des cas (IC 95% [5-19]) et multipares dans 90% des cas [84-96], réparties comme dans la figure 2.

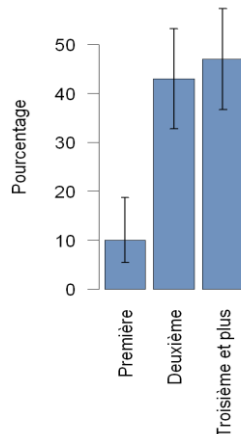


Figure 2 : Répartition des patientes selon leur parité

Les grossesses étaient mono-fœtales pour 99% des cas (n=94) [94-100], gémellaire dans 1% (n=1) [0,03-6]. Il n'y a pas eu de grossesse triple ou plus. La donnée était manquante dans 2 cas.

L'accouchement a eu lieu en post-terme pour une seule des femmes (n=1) [0,03-6], à terme pour 83% (n=76) [75-91], de façon prématurée (< 37 semaines d'aménorrhée) pour 7% (n=7) [2-12] et dans un contexte de grande-prématurité (< 32 semaines d'aménorrhée) pour 9% (n=8) [4-17]. L'information était manquante pour 5 cas.

Le temps moyen de parcours entre le lieu d'intervention et l'hôpital de destination était estimé à moins de 20 minutes pour 81% [73-89] des interventions. Toutes les femmes ont été transférées en maternité comme décrit dans la figure 3.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Centre Hospitalier (CH) d'Armentières	3	3	[0.6-8]
CH d'Arras	1	1	[0.03-6]
PolyClinique du Bois	7	7	[3-15]
CH de Tourcoing	2	2	[0.3-7]
Hôpital privé Villeneuve d'Ascq	3	3	[0.6-9]
CHRU de Lille	54	56	[45-66]
CH de Lens	1	1	[0.03-6]
CH de Roubaix	1	1	[0.03-6]
CH de Seclin	5	5	[2-12]
CH de St Vincent	18	19	[12-28]
CH de Valenciennes	2	2	[0.25-7]
Total validés	97	100	-

Tableau 1 : Maternités dans lesquelles les patientes ont été transférées

- ***Antécédents maternels***

Nous avons mis en évidence un antécédent d'accouchement rapide chez 14 parturientes, soit 18% [10-29] des AIEH étudiés. Vingt trois d'entre elles ont fumé pendant leur grossesse sur les 77 pour lesquelles nous avons l'information, soit 30% [20-41]. Une toxicomanie active était présente chez deux des 73 femmes dont l'information était mentionnée dans le dossier médical, soit 3% des cas [0,3-10] : cannabis pour l'une et cocaïne pour l'autre.

- ***Particularités des grossesses***

Les grossesses étaient pathologiques chez 17 femmes soit 20% [13-31]. On dénombre 10 diabètes gestationnels (59% [33-81]), 7 menaces d'accouchement prématuré (41% [19-67]) et une rupture prématurée des membranes (6% [-5-17]). Aucune hypertension gravidique, pré-éclampsie ou éclampsie n'a été relevée.

Durant le dernier trimestre de ces grossesses : il y a eu un épisode de métrorragie sans gravité chez 3 femmes, soit 4% [0,8-10], et un épisode d'hyperthermie chez 2 femmes, soit 2% [0,3-8]. Aucun symptôme neurologique n'a été signalé dans les dossiers médicaux consultés.

7 grossesses étaient non suivies, soit 8% [4-16] (tableau 2), dont 2 pour cause de déni total de grossesse à l'accouchement, soit 2% [0,3-7].

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Suivi Total	71	81	[71-88]
Suivi Partiel	10	11	[6-20]
Absence de Suivi	7	8	[4-16]
Total.valides	88	100	-
Manquante	9	-	-

Tableau 2 : Suivi des grossesses

Dans un cas, l'accouchement était initialement programmé à domicile. Le SAMU Centre 15 a été contacté devant l'indisponibilité de la sage-femme.

B) Dérroulement de l'accouchement

- ***L'expulsion foétale***

L'expulsion foétale était réalisée par le SMUR dans 73 cas, soit 77% [67-84] des AIEH de notre étude, et 23% ont été réalisés par les sapeurs pompiers, ambulanciers privés, la famille ou la parturiente elle-même.

La présentation était céphalique dans 96% des cas (n=72) [89-99], en siège dans 3% (n=2) [0,3-9] et transverse dans 1% (n=1) [0,03-7]. Elle n'était pas spécifiée dans 22 cas.

L'envoi sur les lieux d'un gynécologue Obstétricien en renfort a été demandé dans un cas d'accouchement gémellaire prématuré avec J1 en siège et J2 en transverse.

- **La délivrance placentaire**

La délivrance était réalisée à la maternité dans 53% des cas [43-63], par le SMUR dans 46% [36-56] et par la patiente dans 1% [0,03-6]. (figure 3)

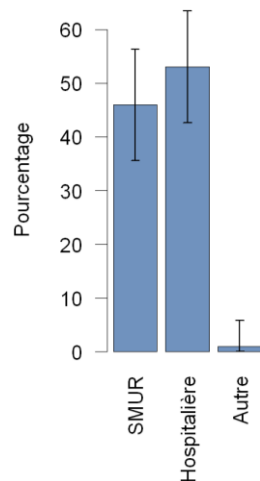


Figure 3 : Intervenants pour la délivrance placentaire

Tout type d'intervenant confondu, elle était spontanée dans 48% des cas [36-58] et dirigée dans 53% [43-64].

Concernant les délivrances réalisées par le SMUR : 51% [36-66] étaient dirigées et 49% [34-64] étaient spontanées.

Concernant les délivrances réalisées en hospitalier : 51 % [37-75] étaient dirigées, 34% [20-47] étaient spontanées et 15% [5-25] étaient artificielles. La donnée n'était pas renseignée dans 3 dossiers.

C) Les complications maternelles et néonatales en post-partum immédiat

- ***Complications maternelles***

Aucun cas de décès ou d'état de choc hémodynamique maternel n'a été relevé. Il y a eu deux expansions volémiques extrahospitalières (utilisation de colloïde ou cristalloïde), soit 2% [0,3-8]. Pour les 98% restants, une voie veineuse périphérique était posée dans 3 cas sur 4.

Il n'y a pas eu d'hospitalisation maternelle autre qu'en maternité, notamment aucune en réanimation.

Chez 6 femmes, soit 6,4% des cas [3-14], une hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) est survenue avec une perte sanguine estimée à plus de 1000 ml chez une d'entre elles, et à plus de 2000 ml chez une autre.

Ces hémorragies ont nécessité une révision utérine dans 6 cas, une transfusion de plus de 4 culots globulaires dans un cas.

Des examens sous valve ont été réalisés dans 2 cas et n'ont pas retrouvé de plaie de la filière génitale.

Il n'y a pas eu d'autre traitement de l'HPPI (prostaglandines type NALADOR[®], embolisation ou chirurgie d'hémostase).

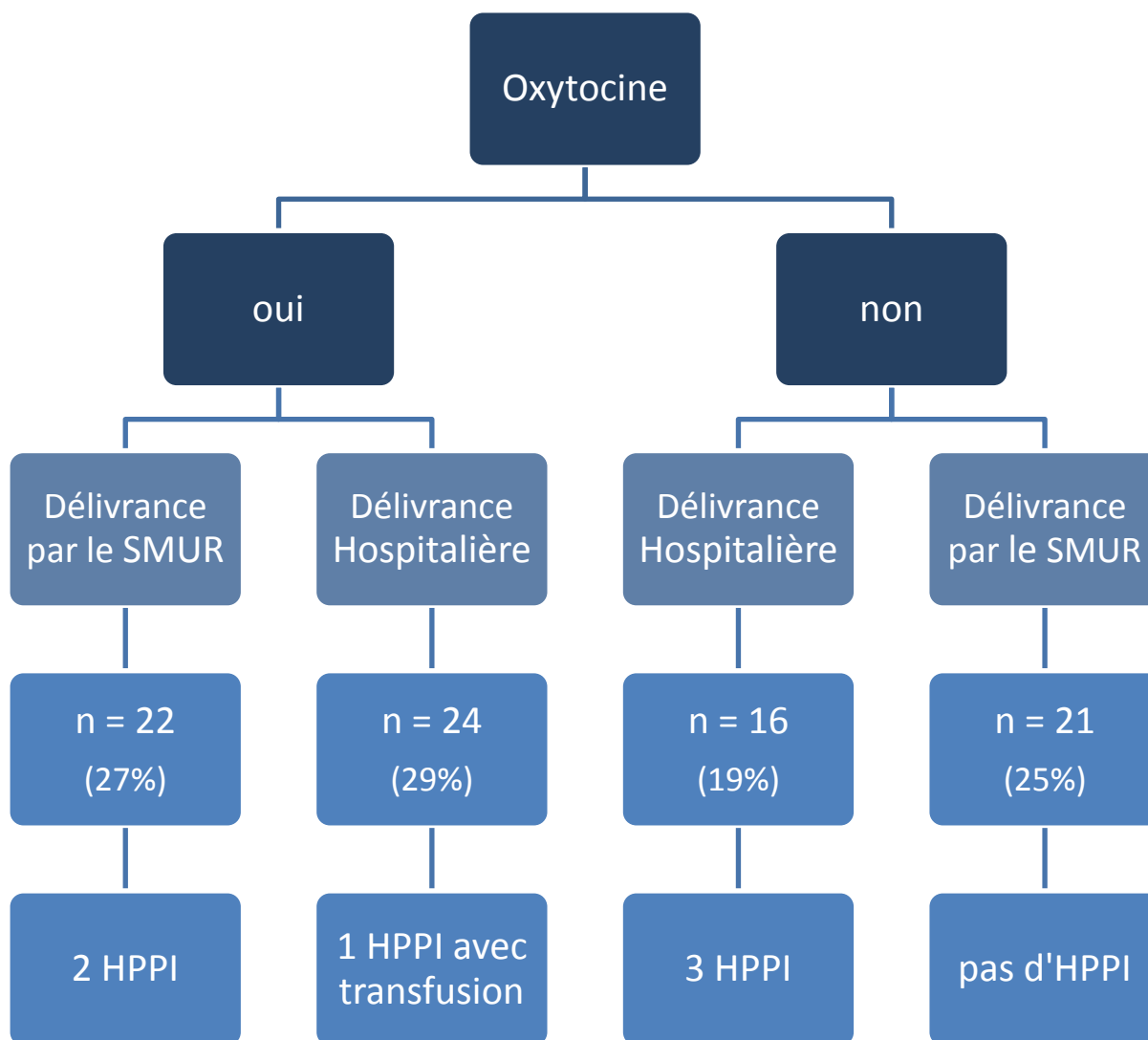


Figure 4 : Répartition des modes de délivrance et des complications hémorragiques

Douze femmes ont bénéficié d'une antibiothérapie prophylactique en per-partum, soit 14% d'entre elles [8-23]. Une femme a présenté une endométrite pendant son hospitalisation.

Une déchirure vaginale, tout stade confondu, était présente dans 30 cas, soit 34% [25-45], et a nécessité une suture pour 20 d'entre elles. Il n'y a pas eu d'épisiotomie.

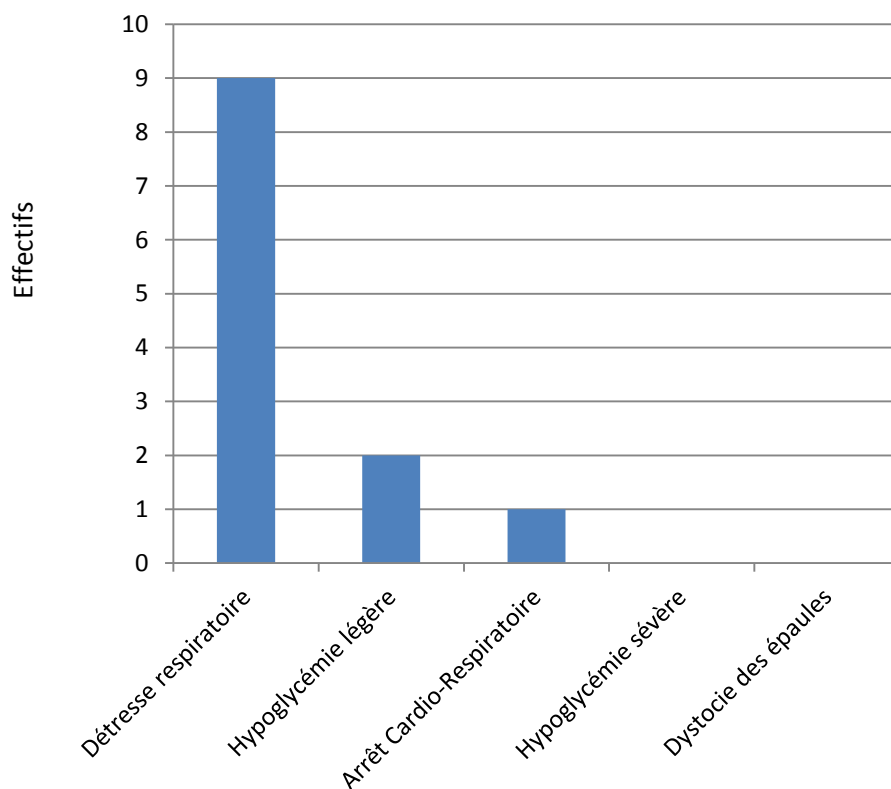


Figure 5 : Complications néonatales du post-partum immédiat

- **Complications néonatales**

En per-partum, il n'y a pas eu de dystocie des épaules ni de procidence du cordon. Sur les 97 AIEH, 7 circulaires de cordon étaient décrites, soit 12% [5-24] dans les dossiers où cela était spécifié. Parmi les circulaires de cordon, 3 étaient décrits comme lâches et 1 comme serré.

Deux nouveau-nés étaient en état de mort apparente à la naissance, dans un contexte de grande prématurité. Ils sont décédés sur place après réanimation.

Dans notre étude, le score Apgar était inférieur à 8 chez 9 nouveau-nés, soit 10% [5-19] d'entre eux. (7) (Annexe 2)

Sur 34 dossiers où il était décrit, le liquide amniotique était méconial à la naissance dans 8 cas, soit 24% [11-42].

Aucune hypoglycémie sévère (< 0,25 g/l) n'a été observée. Il y a eu 2 cas d'hypoglycémie légère (entre 0,25 et 0,30 g/l) décrits, soit 5% [0,6-17] des dossiers dans lesquels la glycémie capillaire du nouveau-né a été mesurée. Ces 2 nouveau-nés n'étaient pas issus d'une grossesse avec un diabète gestationnel. Ils n'ont pas présenté de complication néonatale. La glycémie capillaire n'a pas été mesurée dans 56 cas sur 97.

En post-partum immédiat : neuf nouveau-nés ont présenté une détresse respiratoire, soit 10% [5-18]. Un arrêt cardio-respiratoire a été rapporté, récupéré après réanimation. Les gestes de réanimation néonatale sont décrits dans le tableau 3.

Geste	Pourcentage (%)	effectif (n)	IC à 95%	valeurs manquantes
Oxygénothérapie du nouveau-né	14	13	8-23	5
Aspiration des voies aériennes supérieures	10	9	5-19	9
Utilisation de drogues vaso-actives	1	1	0,03-6	7
Ventilation au BAVU	7	6	3-15	7
Intubation oro-trachéale	5	5	2-13	6
Massage Cardiaque Externe	2	2	0,3-8	5

Tableau 3 : Gestes de réanimation néonatale réalisés en extrahospitalier

Un renfort du SMUR pédiatrique a été demandé dans 18 interventions, soit 20% [13-30].

Seize nouveau-nés ont été hospitalisés dans un service de pédiatrie, soit 19% [11-29], dont 8 en services de soins intensifs ou réanimation néonatale, intubés et ventilés, après avoir présenté une détresse respiratoire et un arrêt cardio-respiratoire pour un cas. Six des nouveau-nés hospitalisés quel que soit le service étaient grand-prématurés, 6 étaient prématurés et 4 étaient nés à terme.

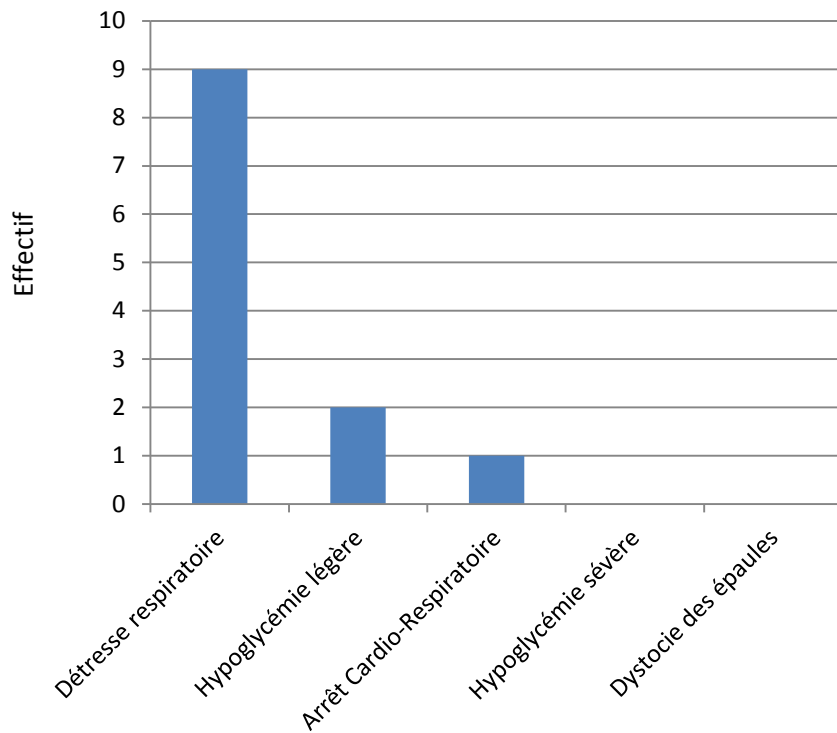


Figure 6 : Complications néonatales

D)Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation maternelle était de 4,2 jours, telle que présentée sur la figure 7.

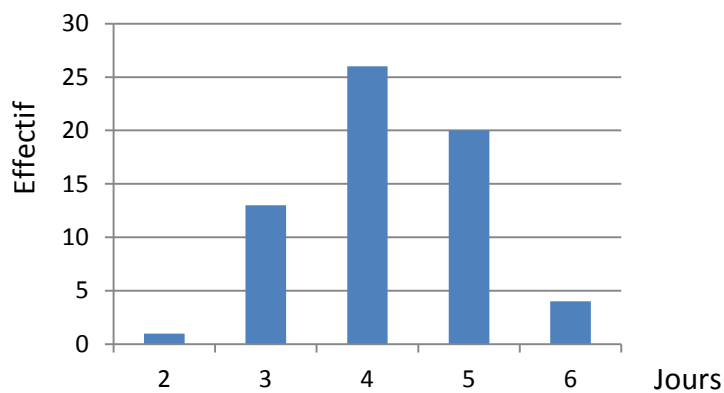


Figure 7 : durée d'hospitalisation maternelle

E) Comparaison aux données hospitalières

Variable	Proportions observées dans notre étude (%)	Données Hospitalières (%)	p-value
<i>Dystocie des épaules</i>	0	1	NS*
<i>Hémorragie du post-partum immédiat</i>	6,4	6,6	NS
<i>Transfusion maternelle</i>	1	0,1	p < 0,05
<i>Infection gynécologique</i>	1,2	5	NS
<i>Décès maternel</i>	0	0,01	NS
<i>Hospitalisation du nouveau né</i>	18,6	6,6	p < 0,05
<i>Ventilation au BAVU</i>	6,7	5,5	NS
<i>Intubation oro-trachéale</i>	5,5	1,1	p < 0,05
<i>Détresse respiratoire</i>	9,9	1,8	p < 0,05
<i>Décès du nouveau né</i>	3,3	0,1	p < 0,05

* : Non Significatif

Tableau 4 : Comparaison des complications du post-partum immédiat (6,8–10)

La moyenne de la durée d'hospitalisation des patientes ayant accouché en extrahospitalier est à 4,2 jours. En hospitalier, elle est de 4,4 jours.

Discussion

A) Les principaux résultats

- ***Prévalence de l'évènement***

La prévalence de l'AIEH constatée dans la métropole lilloise sur les trois années de recueil à 0,43% des interventions est comparable à celle décrite dans la littérature : 0,5% des interventions SMUR à Besançon en 2003 d'après E. Duroy. (1)

Récemment, de nombreuses maternités de proximité ferment. Nous pouvons imaginer qu'avec la fermeture de ces maternités, le temps de trajet depuis le domicile des parturientes va s'allonger, et par conséquent augmenter le nombre d'AIEH. Toutefois cette tendance n'a pu être encore observée dans la littérature.

- ***La population***

Si on considère l'âge, la population étudiée est comparable avec les populations étudiées dans la littérature pour les accouchements hospitaliers. Dans l'Enquête Nationale sur la Périnatalité de 2010, les femmes étaient âgées en moyenne de 29,7 ans. (6) Dans notre étude, l'âge moyen est quasiment identique à 29,8 ans.

Les femmes incluses dans notre étude sont plus souvent multipares que les femmes qui accouchent à l'hôpital, respectivement à 89,5% [84-96] et 67,1%. (6) La multiparité est un facteur de raccourcissement du temps de travail, et peut donc favoriser les AIEH. Elle augmente probablement le délai d'appel aux secours face à un stress qui semble moins important chez des femmes qui ont déjà eu une expérience d'accouchement.

Le taux de grande prématurité est plus élevé dans notre étude à 9% des naissances contre 1,5% dans la littérature. Cela peut être mis en rapport avec le taux élevé de femmes ayant été prises en charge pour une menace d'accouchement prématuré pour la grossesse en cours. Elles sont 8,6% [3-15] dans ce cas (n=7), soit un chiffre plus élevé que dans la population générale à 7,6%. (6) Le terme à l'accouchement, au delà de 32 semaines d'aménorrhée, semble concorder entre nos données et les chiffres nationaux de 2010 avec, respectivement : 7% et 5,8% pour les prématurés, 83% et 92% pour les naissances à terme, et 1% et 0,3% pour les naissances post-terme. (6)

7 femmes n'avaient réalisé aucun suivi de leur grossesse, soit 8% [3-16]. Nous avons dénombré 2 cas de déni total de grossesse (2% [0,3-7]), et 2 cas de déni partiel (2% [0,3-7]), qui expliquent les absences de suivi constatées. Le nombre de déni dans notre étude est franchement augmenté par rapport à la littérature qui rapporte une prévalence à 0,05 à 0,2% des grossesses. (11) Par ailleurs les femmes accouchant de façon inopinée en extrahospitalier semblent avoir un niveau socio-économique moindre que les femmes accouchant en hospitalier ou à domicile de façon programmée. (12,13) Il est délicat d'évoquer l'hypothèse d'une relation entre AIEH et précarité. Notre département du Nord est socialement défavorisée avec un taux de chômage plus important que les 10% nationaux. (14)

Les conduites addictives constatées chez les femmes incluses dans notre étude sont supérieures aux données nationales : 30% [20-40] des femmes de notre étude ont continué leur consommation tabagique pendant la grossesse et 3% [-1 - 7] leur consommation de drogue (cannabis ou cocaïne), contre, respectivement, 15 à 20% pour la consommation tabagique en France en 2003 et 1,4% pour la consommation de drogue à Nantes en 2010 selon A. Chassevent-Pajot. (15-17)

- **Les complications du post-partum immédiat**

Complications maternelles :

La mortalité maternelle a été nulle dans notre étude, comme dans les études nationales. (6,13,18) Elle est de 10,8 pour 100 000 naissances dans la population générale. (9)

Notre étude retrouve la tendance observée par C. Faucon concernant le taux d'infection maternelle : il est moins élevé en extrahospitalier, mais cette différence n'est pas significative dans notre travail. (13)

L'hémorragie du post-partum immédiat est la première cause de mortalité maternelle en France. (19) En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé a fait de la prévention de l'HPPI une priorité en gynécologie-obstétrique, et cette priorité est largement appliquée dans la prise en charge des parturientes dans les maternités. (20)

Dans notre étude, on trouve un pourcentage de délivrance dirigée dans 44% des AIEH, bien inférieur aux pratiques constatées en hôpital où on trouve 84% des accouchements qui bénéficiaient d'une délivrance dirigée en 2004 selon C. Deneux. (21)

Le taux d'hémorragie du post-partum immédiat parmi les AIEH de notre travail est identique à celui publié par D. Subtil, soit 6,6% des accouchements (NS). Le taux de transfusion est par contre significativement supérieur dans notre étude, soit 1% des cas, comparé à celui des données de la littérature à 0,1% ($p < 0,05$). (9) Nous pouvons supposer que les hémorragies du post-partum ne sont pas plus fréquentes dans les AIEH, mais sont plus graves lorsqu'elles surviennent. Néanmoins il est possible que des hémorragies du post-partum n'aient pas été diagnostiquées, compte tenu de la difficulté de la quantification des pertes sanguines sur le terrain, de la mauvaise évaluation de la perte sanguine, de la méconnaissance d'un saignement ou d'une prise en charge tardive dû au délai de transport incompressible. Ceci correspondrait à un biais de confusion dans notre étude.

La gravité des HPPI peut être liée à une moins bonne réalisation de la délivrance dirigée en extrahospitalier qu'en hospitalier. En effet, sur les 6 femmes ayant présenté une HPPI, la délivrance n'avait pas été dirigée et a été réalisée à la

maternité, soit plus d'1/2h après la naissance pour la moitié d'entre elles. Cela a conduit à une délivrance artificielle pour 2 d'entre elles. (figure 4)

Il n'y a pas eu d'épisiotomie, contrairement à la proportion importante d'épisiotomie réalisée en hospitalier (47,3% des accouchements dont 68% chez les primipares et 31% chez les multipares). (22) Ceci est conforme aux recommandations d'experts de 2010 sur l'AIEH qui préconise de ne pas réaliser systématiquement une épisiotomie. En situation pré-hospitalière, elle doit être pratiquée pour la présentation par le siège chez la primipare, et pour des indications fœtales visant à l'accélération de l'expulsion du fœtus. (5) Une déchirure, tout stade confondu, a été observée pour 34% [25-45] des femmes incluses. Il est difficile d'évaluer la différence de nos données avec les données de la littérature qui demeurent imprécises à ce sujet puisque les déchirures vaginales sont constatées dans 20 à 60% des accouchements. (22)

Nous n'avons pas eu de cas de dystocie des épaules, probablement compte tenu de la faible prévalence de cet évènement et de notre petit effectif. La majorité des dystocies des épaules sont dûes à une macrosomie, le plus souvent dans un contexte de grossesse pathologique avec un diabète gestationnel. Or ces grossesses sont très encadrées et l'accouchement est souvent déclenché en cas de franche macrosomie. Ils ne surviennent donc pas de façon inopinée. Par ailleurs, les AIEH ont le plus souvent une mise en travail rapide pour laquelle nous pouvons supposer qu'il y ai une parfaite concordance entre le mobile fœtal et le bassin maternel qui diminue le risque de complication mécanique.

Malgré les conditions environnementales particulières des AIEH, les conditions d'asepsie, et la prise en charge par des professionnels de santé non spécialistes de la gynécologie-obstétrique, les complications maternelles ne sont pas significativement plus nombreuses dans les AIEH que dans les accouchements hospitaliers, à l'exception du nombre de transfusion sanguine.

La durée d'hospitalisation des mères était comparable à celle des accouchements hospitaliers, respectivement 4,2 et 4,4 jours. Aucune femme n'a nécessité d'hospitalisation en réanimation ou en soins intensifs.

Complications néonatales :

Des différences significatives sont observées dans les complications néonatales :

Les nouveau-nés ont nécessité une hospitalisation en pédiatrie, soins intensifs ou réanimation de façon plus fréquente lors des AIEH que lors d'accouchement hospitaliers ($p < 0,05$) (tableau 4). (6) Les nouveau-nés issus du déni de grossesse ont été hospitalisés en pédiatrie, malgré un bon état de santé apparent, pour surveillance devant l'absence de suivi de la grossesse. Cela diminue encore la constitution de la relation mère-enfant déjà amputée de la relation qui se crée pendant la grossesse.

Le taux de survenue de détresse respiratoire est significativement plus élevé dans notre étude que dans la littérature nationale, et est en conséquence responsable d'une proportion élevée d'intubation orotrachéale. (5) Cela peut découler de l'absence de possibilité de surveillance de la souffrance fœtale pendant l'accouchement extrahospitalier ainsi que du nombre plus élevé de naissance en grande prématurité dans notre étude que dans les données nationales.

Nous avons dénombré 2 décès de nouveau-nés nés en état de mort apparente dans un contexte de naissance en grande prématurité dont une rétention de la tête avant l'arrivée du SMUR lors d'une naissance en siège. Les décès néonataux dans ce contexte peuvent être expliqués par le terme des accouchements. Ils peuvent être favorisés par les moyens techniques moindres en extrahospitalier et des difficultés liées à l'environnement de prise en charge (lieux publics, température, espace disponible, ou autre particularité du lieu d'intervention).

Le nombre de circulaire du cordon est inférieur à ce qui est constaté dans la littérature (15 à 30% des accouchements) sans doute sous-estimé car non précisé.
(23)

Il est recommandé de contrôler la glycémie capillaire 1/2h après la naissance chez un enfant qui se porte bien afin de ne pas surestimer sa valeur. Dans notre étude 2 nouveau-nés ont présenté une hypoglycémie légère, ils se portaient bien et n'ont pas présenté de complication néonatale. Ces nouveau-nés n'étaient pas issus d'une grossesse avec un diabète gestationnel.

B)La validité Interne

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, rétrospective et multicentrique afin de décrire les proportions des complications des accouchements inopinés extrahospitaliers.

Une étude comparative a été réalisée dans un deuxième temps.

L'AIEH est un événement à faible prévalence, nous avons donc réalisé nos recherches sur un intervalle de temps de 3 ans afin d'avoir un échantillon assez conséquent pour une puissance satisfaisante et d'atteindre la limite empirique de la significativité avec minimum 80 cas.

La faible prévalence des AIEH explique aussi le peu d'articles publiés sur ce sujet.

La puissance de notre travail est dans le caractère exhaustif du recueil de donnée grâce à sa rétrospectivité. Cela nous permet d'affirmer que nous avons recensé tous les AIEH ayant déclenché un appel au SAMU 59 dans la métropole lilloise étendue entre 2011 et 2013.

Nous avons eu un bon taux de récupération des archives puisque 81 dossiers médicaux ont pu être consultés. Pour les 16 patientes restantes, nous avons recueilli les informations à partir des mains courantes du SAMU, qui présentent un nombre important de données manquantes compte tenu de la situation d'urgence et de la

rapidité de renseignement du dossier médical avec, principalement, les actes médicaux et les prescriptions médicamenteuses. Pour diminuer le nombre de données manquantes, une étude prospective serait intéressante.

Notre travail rétrospectif représente un biais de sélection des sujets inclus, atténué par le caractère multicentrique et exhaustif de l'étude.

Pour mener une étude comparative sans biais de sélection, un recueil national type registre existe et pourrait être plus largement diffusé.

Conclusion

L'accouchement est un évènement médicalisé dans notre pays. La majorité des accouchements sont réalisés en maternité et, pour un petit nombre d'entre eux, ils surviennent de façon inopiné le plus souvent au domicile de la parturiente.

Nous nous sommes intéressés à ces accouchements inopinés réalisés en extrahospitalier par le SMUR de Lille et n'avons pas trouvé de relation significative entre le type d'accouchement et le nombre de complications maternelles du post-partum immédiat en dehors d'un nombre de transfusion plus importante dans les AIEH, sans pour autant constater d'augmentation du nombre d'HPPI.

Nous avons par contre révélé une tendance aux complications néonatales dans les AIEH, notamment du nombre de détresse respiratoire, d'intubation oro-trachéale, d'hospitalisation du nouveau-né en pédiatrie, soins intensifs ou réanimation et de décès du nouveau-né.

Un travail supplémentaire prospectif serait intéressant afin de confirmer cette tendance dans une étude plus puissante. Pour cela, il serait souhaitable de mener à bien le registre national déjà mis en place.

Liste des Références

1. Duroy E, Manzon C, Adami C, Depardieu F, Capellier G. Évaluation rétrospective des accouchements inopinés pris en charge par le SMUR. *J Eur Urgences*. 2009 Jun;22, Supplement 2:A91.
2. Bouet P-E, Chabernaude J-L, Duc F, Khouri T, Leboucher B, Riethmuller D, et al. Accouchements inopinés extrahospitaliers. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2014 Mar;43(3):218–28.
3. Diependaele J-F, Fily A. Prise en charge de l'enfant. 51 Eme Congrès Natl. Anesthésie Réanimation Med. Urgences Vitales.
4. INSEE. Naissances, naissances hors mariage en 2013 et taux de natalité en 2012 dans le Nord Pas de Calais [Internet]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=19&ref_id=poptc02201
5. Bagou G, Hamel V, Cabrita B, Ceccaldi PF, Comte G, Corbillon-Soubeiran M, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: urgences obstétricales extrahospitalières. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2011 Mar 1;1(2):141–55.
6. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010 [Internet]. INSERM - Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants; 2011. Available from: <http://www.sante.gouv.fr/enquetes-nationales-perinatales.html>
7. Chabernaude J-L. Réanimation du nouveau-né en salle de naissance. *EMC - Médecine*. 2005 Oct;2(5):554–69.
8. R. Gabriel, G. Harika, A. Bertrand. Dystocie des épaules et paralysie obstétricale du plexus brachial. *EMC - Obstétrique* 2014;9(3):1-16 [Article 5-067-A-10].
9. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S. Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2004 Dec;33(8, Supplement 1):9–16.
10. Lamy C, Zuily S, Perdriolle E, Gauchotte E, Villeroy-de-Galhau S, Delaporte M-O, et al. Prise en charge des infections du post-partum. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2012 Dec;41(8):886–903.
11. Seigneurie A-S, Limosin F. Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques

- et psychopathologiques. *Rev Médecine Interne*. 2012 Nov;33(11):635–9.
12. Aubert S, Frances Y, Bourde A, Birsan-Frances A. Les accouchements inopinés extrahospitaliers à la Réunion : épidémiologie et prise en charge préhospitalière du 1er janvier au 31 décembre 2005. *J Eur Urgences*. 2009 Jun;22, Supplement 2:A91.
 13. Faucon C, Brillac T. Accouchement à domicile ou à l'hôpital : comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2013 Jun;41(6):388–93.
 14. INSEE. Taux de chômage en 2013 dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. *insee.fr*. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=19&ref_id=poptc02201
 15. Lelong N, Blondel B, Kaminski M. Évolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2011 Feb;40(1):42–9.
 16. Tabac et grossesse. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0368231500331-C121](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/0368231500331-C121) [Internet]. 2008 Sep 3 [cited 2014 Oct 12]; Available from: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114919/resultatrecherche/4](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/114919/resultatrecherche/4)
 17. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H-J, Lombrail P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2011 May;40(3):237–45.
 18. Lindgren H, Christensson K, Rådestad I, Hildingsson I. O530 Outcome of planned home births compared with hospital births in Sweden between 1992 and 2004 – A population-based register study. *Int J Gynecol Obstet*. 2009 Oct;107, Supplement 2:S244–S245.
 19. Deneux-Tharaux C, Bonnet M-P, Tort J. Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. [cited 2014 Nov 9]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231514002671>
 20. OMS | Santé maternelle et périnatale [Internet]. WHO. [cited 2014 Oct 4]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/fr/
 21. Deneux-Tharaux C, Dreyfus M, Goffinet F, Lansac J, Lemery D, Parant O, et al. Politiques de prévention et de prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat dans six réseaux de maternités françaises. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2008 May;37(3):237–45.
 22. D. Vardon, D. Reinbold, M. Dreyfus. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. *EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie* 2013;8(1):1-16 [Article 41-897]. 2013;
 23. Fournié A, Connan L, Parant O, Toffani V. Physiologie et pathologie du cordon

ombilical. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesob05-25257](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatatraitesob05-25257) [Internet]. [cited 2014 Nov 9]; Available from: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/7962/resultatrecherche/2](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/7962/resultatrecherche/2)

24. Chabernaude J-L. Accouchement inopiné hors maternité. *Prat En Anesth Réanimation*. 2004 Dec;8(6):447–54.


Annexes

Annexe 1 : eCRF

These_AccInopine V7 

test

▼ CRF Header Info

Enquete (90/90)	
Title: Enquete	
Page:	<input type="button" value="Save"/> <input type="button" value="Exit"/> 
Données démographiques	
Initiales <input type="text" value="11FD159"/>	Age maternel <input type="text" value="53"/>
Lieu Intervention <input type="text" value="Urbain"/>	Distance lieu d'accouchement - hôpital <input type="text" value="20 à 30 min"/>
Date Accouchement <input type="text"/>	Heure Accouchement <input type="radio"/> Jour (6h-21h) <input type="radio"/> Nuit (21-6h) <input type="radio"/> not present
Avant accouchement	
Parité <input type="radio"/> 1ère <input type="radio"/> 2ème <input type="radio"/> 3ème et + <input type="radio"/> not present	Grossesse mono-fœtale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present
Suivi de grossesse <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Partiel <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	
Grossesse pathologique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	
ATCD Accouchement rapide <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	ATCD Accouchement extra-hospitalier <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present
Dernière consultation à la maternité <input type="text"/> (en semaines)	
Toxicomanie active <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	
Tabac maternel <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	
Accouchement programmé en pré-hospitalier <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	
Métrorragies avant accouchement <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	Hyperthermie avant accouchement <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present
Signes neurologiques avant accouchement <input type="text"/>	
Accouchement	
Terme de grossesse <input type="text"/>	Semaines d'aménorrhées <input type="text"/>
Dénis de grossesse <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Partiel <input type="radio"/> Total <input type="radio"/> not present	
Fréquence cardiaque <input type="text"/>	Tension artérielle <input type="text"/>
Perception des mouvements actifs fœtaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present	
Durée du travail <input type="radio"/> < 3h <input type="radio"/> entre 3 et 5h <input type="radio"/> > 6h <input type="radio"/> not present	Présentation <input type="radio"/> Céphalique <input type="radio"/> Siège <input type="radio"/> Transverse <input type="radio"/> not present
Malinas B <input type="radio"/> < 4 <input type="radio"/> 4 à 6 <input type="radio"/> > 7 <input type="radio"/> not present	Rupture poche des eaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present
Couleur du liquide amniotique <input type="radio"/> Méconial <input type="radio"/> Clair <input type="radio"/> not present	

Episiotomie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Vidange vésicale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Expansion volémique (=utilisation de cristalloïdes ou colloïdes) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}
Procidence du cordon <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Cordon circulaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
réalisation de 2 touchers vaginaux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Dilatation à l'arrivée du SMUR <input type="radio"/> < 6 cm <input type="radio"/> 6 - 7 cm <input type="radio"/> 8 - 10 cm <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
Analgésie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	oxygénothérapie maternelle <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
Dystocie des épaules <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Manœuvre obstétricale nécessaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
Pose d'une voie veineuse périphérique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Délivrance		
Intervention pour la délivrance <input type="radio"/> SMUR <input type="radio"/> Hospitalière <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Délivrance <input type="radio"/> Spontanée ^{Pb} <input type="radio"/> Dirigée <input type="radio"/> Artificielle <input type="radio"/> not present		
Expulsion fœtale <input type="radio"/> avant l'arrivée du SMUR <input type="radio"/> par le SMUR <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Nouveau Né		
Score Apgar <input type="radio"/> < 8 <input type="radio"/> > 8 <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Glycémie capillaire nouveau-né <input type="radio"/> Hypoglycémie sévère (< 0.25 g/l) ^{Pb} (g/l) <input type="radio"/> Hypoglycémie (de 0.25 à 0.3 g/l) <input type="radio"/> Normoglycémique (> 0.3 g/l) <input type="radio"/> not present	
Fréquence cardiaque <input type="radio"/> bradypnée (< 100cpm) ^{Pb} <input type="radio"/> normale (> 100 cpm) <input type="radio"/> not present	Saturation <input type="radio"/> hypoxémie (<90%) ^{Pb} <input type="radio"/> normale (> 90%) <input type="radio"/> not present	
Clampage du cordon réalisé par le SMUR <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Séchage du nouveau-né <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Sac PET <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}
Voie Veineuse Périphérique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Peau à peau <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
Transfert		
Moyen de transport <input type="radio"/> AP <input type="radio"/> SP <input type="radio"/> hélico <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Quantification des pertes sanguines <input type="radio"/> < 500 cc <input type="radio"/> > 500 cc <input type="radio"/> not present ^{Pb} (cc)	
Orientation vers maternité de suivi <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Niveau de maternité d'orientation <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIA <input type="radio"/> IIB <input type="radio"/> III <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Complications maternelles		
Décès maternel <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Décès du nné <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
Hémorragie du post-partum immédiat <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Déchirure vaginale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Infections gynécologiques <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Antibiothérapie per-partum <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Fièvre maternelle post-partum <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}
Durée d'hospitalisation de la patiente <input type="text" value=""/> ^{Pb} bre de jours	Hospitalisation du nouveau-né <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
Complications pédiatriques		
massage cardiaque externe <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	oxygénothérapie du nouveau-né <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
aspiration <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Utilisation de drogues vaso-actives <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Ventilation au BAVU <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}
Intubation oro-trachéale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}		
Détresse respiratoire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	Renfort SMUR pédiatrique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> not present ^{Pb}	
Compléments d'informations		
Compléments d'informations <input type="text" value=""/> ^{Pb}		

Return to top

Save

Exit



Annexe 2 : Score d'Apgar

COTATION	0	1	2
Fréquence Cardiaque	0	< 100 bpm*	< 100 bpm
Mouvements Respiratoires	0	Irréguliers	Réguliers
Tonus Musculaire	Aucun	Léger tonus en flexion des extrémités	Bon tonus en flexion
Réactivité à la stimulation cutanée	Aucune	Grimace ou léger mouvement	Cri
Coloration	Cyanose ou pâleur	Extrémités cyanosées, corps rose	Enfant totalement rose

* bpm : battements par minute

Le score d'Apgar est calculé à la 1^{ère}, 5^{ème} et 10^{ème} minute de vie, entre 0 et 10 selon la fréquence cardiaque, la respiration, le tonus, la réactivité et la coloration de l'enfant. Il est utilisé pour évaluer la santé de l'enfant à la naissance.

(24)

AUTEUR : DELANNOY Stéphanie

Date de Soutenance : 21 Novembre 2014

Titre de la Thèse : Accouchement inopiné extrahospitalier : y a t-il plus de complications maternelles et néonatales dans les vingt-quatre premières heures ?

Thèse - Médecine - Lille 2014

DES de médecine générale

Mots-clés : complication, accouchement, extrahospitalier, SAMU, Lille

Contexte : Si l'évolution de la prise en charge de la naissance et sa migration du domicile vers l'hôpital a significativement diminué la morbi-mortalité périnatale ce dernier siècle, les maternités de proximité sont en cours de fermeture au niveau national. Ceci pourrait augmenter la prévalence de l'accouchement inopiné extrahospitalier (AIEH). Ce travail compare la morbi-mortalité de cet évènement de 2011 à 2013 avec celle de l'accouchement hospitalier.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive épidémiologique exhaustive puis comparative avec les données de la littérature. Nous avons inclus toutes les patientes ayant accouché avec ou sans la présence du SMUR de Lille. Le recueil de données s'est fait par l'analyse des mains courantes du SAMU 59 et des dossiers obstétricaux.

Résultats : 97 femmes âgées de 17 à 40 ans, ayant accouché en extrahospitalier ont été incluses. Concernant les complications maternelles, la mortalité maternelle est nulle dans notre étude. Le taux d'hémorragie est à 6,4% (IC à 95% [3-14]) contre 6,6% en hospitalier, avec 1% (IC à 95% [-1-3]) de transfusion sanguine, contre 0,1% en hospitalier. Concernant les complications néonatales, la proportion d'hospitalisation, de détresse respiratoire et de décès néonatal sont plus élevées dans les AIEH, respectivement à 18,6% (IC à 95% [11-29]), 9,9% (IC à 95% [5-18]) et 3,3% (IC à 95% [0,7-10]), comparés aux chiffres de la littérature à, respectivement 6,6%, 1,8% et 0,1%.

Conclusion : L'accouchement inopiné extrahospitalier semble augmenter le nombre de complications néonatales mais pas maternelles, en dehors de la transfusion, par rapport aux accouchements hospitaliers. Cela pourrait être confirmé lors d'une étude prospective.

Composition du Jury :

Président : Pr Eric WIEL

Assesseurs : Pr Damien SUBTIL

Dr Serge DALMAS

Directeur de thèse : Dr Quentin SEBILLEAU