



HAL
open science

Étude des circonstances de naissance prématurée avant 35 SA dans le sillon alpin : étude PREMALP

Virginie Delorme

► **To cite this version:**

Virginie Delorme. Étude des circonstances de naissance prématurée avant 35 SA dans le sillon alpin : étude PREMALP. Médecine humaine et pathologie. 2009. dumas-00631428

HAL Id: dumas-00631428

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631428>

Submitted on 12 Oct 2011

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

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

Université Joseph Fourier
Faculté de Médecine de Grenoble

Année 2009

N° d'ordre

**Étude des circonstances de naissance prématurée
avant 35 SA dans le sillon alpin :
Étude PREMALP**

THESE

Présentée à la Faculté de Médecine de Grenoble
Et soutenue publiquement le 9 octobre 2009
Pour l'obtention du Doctorat en Médecine

Par

Virginie Delorme

Née le 10 septembre 1977 à Reims

Devant le jury composé de :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Patrick SCHAAL

Membres:
Monsieur le Professeur J.C. PONS
Monsieur le Professeur T. DEBILLON
Madame le Docteur V. EQUY
Madame le Docteur C. CANS
Monsieur le Docteur F.X. DELORME

Université Joseph Fourier
Faculté de Médecine de Grenoble

Année 2009

N° d'ordre

**Étude des circonstances de naissance prématurée
avant 35 SA dans le sillon alpin :
Étude PREMALP**

THESE

Présentée à la Faculté de Médecine de Grenoble
Et soutenue publiquement le 9 octobre 2009
Pour l'obtention du Doctorat en Médecine

Par

Virginie Delorme

Née le 10 septembre 1977 à Reims

Devant le jury composé de :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Patrick SCHAAL

Membres:
Monsieur le Professeur J.C. PONS
Monsieur le Professeur T. DEBILLON
Madame le Docteur V. EQUY
Madame le Docteur C. CANS
Monsieur le Docteur F.X. DELORME

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

ALBALDEJO	Pierre		
ARVIEUX	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER	Pierre	BIOSTATIQUES ET INF. MED.	CHU
BAGUET	Jean-Philippe	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HYPERTENSION ARTERIELLE	CHU
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE	CHU
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	CHU
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BENSA	Jean Claude	CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE	CHU
BERGER	François	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BESSARD	Germain	PHARMACOLOGIE FACULTE	CHU
BLIN	Dominique	CHIR. THORACIQUE ET CARDIOVASC.	CHU
BOLLA	Michel	RADIOTHERAPIE	CHU
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON	Jean-Luc	BIOSTATIQUES ET INF. MED.	CHU
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE D'ADULTES	HOPITAL SUD
BRAMBILLA	Elisabeth	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
BRIX	Muriel		CHU
CAHN	Jean-Yves	DEP. DE CANCEROL. ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER	Françoise	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET	Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSSEL	Jean-Paul	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN	Philippe	BIOSTATIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN	Olivier	DISPO	CHU
COUTURIER	Pascal	CLINIQUE DE MEDECINE GERIATRIQUE	CHU
DE GAUDEMARI	Régis	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON	Thierry	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT	Jacques	BIOSTATIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE	CHU
DUPRE	Alain	CHIRURGIE GENERALE	CHU
DYON	J.François	(surnombre)	CHU
ESTEVE	François	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE UNITE IRM	CHU
FAGRET	Daniel	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIR GENERALE, CHIR. DIGESTIVE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

FAVROT	Marie Christine	CANCEROLOGIE	
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU
FEUERSTEIN	Claude	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE	Eric	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO	Alain	GERIATRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS	Patrice	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ET PREVENTION	CHU
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET	Pierre	(surnombre)	CHU
GUIDICELLI	Henri	(surnombre)	CHU
HALIMI	Serge	NUTRITION	CHU
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE	CHU
JOUK	Pierre- Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE	Philippe	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK	Paul	NEUROLOGIE	CHU
LANTUEJOL	Sylvie	Pathologie Cellulaire	CHU
LE BAS	Jean- François	UNITE IRM	CHU
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA	Marie- Thérèse	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX	Dominique	GENETIQUE	CHU
LEROY	Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE	Xavier	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE CHU	CHU
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE 4E ETAGE	JEAN ROGET FACULTE
MALLION	J. Michel	(surnombre)	CHU
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN	Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE CHU	CHU
MERLOZ	Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHU	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL	Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CHU	CHU
MORO-SIBILOT	Denis	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU	Mireille	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	CHU

LISTE DES PROFESSEURS D'UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

PASQUIER	Basile	(surnombre)	
PASSAGIA	Jean-Guy	ANATOMIE	CHU
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE	CHU
PEPIN	Jean-Louis	LAB. EXPLORATION FONCTION. CARDIO-RESP.	CHU
PERNOD	Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK	Benoît	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE	CHU
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE	CHU
REYT	Emile	O.R.L.	CHU
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAUX	Sophie	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA	Dominique	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL	Jean-Patrick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET MED. REPROD.	CHU
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.	CHU
SEIGNEURIN	Daniel	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN	Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE	Bernard	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE CHU	CHU
SOTTO	Jean-Jacques	(surnombre)	CHU
STAHL	Jean-Paul	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI	Jérôme	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VIALTEL	Paul	NEPHROLOGIE	CHU
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU

**LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS
HOSPITALIERS**

ARTIGNAN	Xavier	Cancérologie et hématologie	CHU
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	CHU
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule	CHU
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	CHU
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	CHU
CALLANAN	Mary	Génétique	IAB
CARAVEL	Jean-Pierre	Biophysique et Traitement de l'Image	CHU
CRACOWSKI	Jean Luc	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	CHU
DEMATTEIS	Maurice	Lab. Exploration fonctionnelle cardio- respiratoire	CHU
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	UFR BIOLOGIE
DROUET	Christian	Immunologie	CHU
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD	CHU
FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	CHU
FAURE	Julien		
GARBAN	Frédéric	Hématologie Clinique	CHU
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine gériatrique et communautaire	CHU
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	CHU
GUERIN-EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	CHU
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	CHU
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	CHU
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	CHU
KAHANE	Philippe	Physiologie	CHU
LABARERE	José	Dépt. de Veille Sanitaire	CHU
LAPORTE	François	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzylologie 6 ème étage	CHU

**LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS
HOSPITALIERS**

LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab.explor.fonct. cardio- respiratoires	CHU
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	CHU
MORAND	Patrice	Bactériologie-Virologie	CHU
MOREAU-GAUDRY	Alexandre		
MOUCHET	Patrick	Physiologie	CHU
PASQUIER	Dominique	Anatomie et Cytologie Pathologiques	CHU
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	CHU
PERNOD	Gilles	Hématologie	CHU
RAY	Pierre	Génétique.BDR	CHU
RENVERSEZ	J.Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	CHU
RINGEISEN	François	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	CHU
ROSIER	Virginie	Radiologie et imagerie médicale	CHU
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	CHU
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	CHU
SATRE	Véronique	Génétique chromosomique	CHU
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	CHU
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et Biologie Moléculaire	CHU
TAMISIER	Renaud	Physiologie	CHU
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	CHU

À notre maître et Président du jury,

Monsieur le Professeur Schaal,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse,

Nous vous remercions pour votre enseignement,

Et pour la confiance que vous nous portez.

Veillez trouver en ce travail le témoignage de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Pons,

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Nous vous sommes reconnaissants de la qualité de votre enseignement et vous exprimons ici notre profonde gratitude.

À Monsieur le Professeur Debillon,

Nous vous remercions de nous avoir fait confiance pour travailler sur ce sujet avec vous.

Vos conseils et votre disponibilité ont été d'une grande aide au cours de ce travail.

À Madame le Docteur Cans,

Merci de m'avoir permis de travailler sur cette étude.

Votre expérience, votre disponibilité permanente et vos encouragements ont été très précieux.

À Madame le Docteur Equy,

Merci de m'avoir fait confiance pour ce travail, et de m'avoir aidé à le mener à bien.

Merci pour toutes les fois où tu m'as témoigné ton soutien et ta sympathie.

À Monsieur le Docteur Delorme, mon papa,

Je suis très heureuse de te compter parmi les membres du jury,
et de partager ce moment si fort avec toi.

Merci de m'avoir toujours encouragée dans cette voie.

À Gaëlle, merci pour ton implication dans ce travail et pour ta sympathie.

À toutes les personnes qui ont participé à cette étude, et qui ,de près ou de loin, m'ont aidé. Merci.

À toutes les personnes qui m'ont accompagnée pendant toutes ces années d'internat. Je vous suis profondément reconnaissante.

Aux médecins de la Maternité du CHU de Grenoble, merci pour votre enseignement.

Danielle, tu m'as guidée lors de mes premiers gestes au bloc opératoire. Merci d'avoir été là un certain 17 septembre...

À mes Chefs de Clinique,

À Corinne, merci pour la confiance que tu m'as portée, merci pour le soutien et l'amitié que tu me témoignes si souvent.

À Sophie et Vincent, travailler avec vous a été un véritable plaisir, je souhaite que nos chemins se croisent le plus souvent possible.

À Marc, François, Boubou, vous m'avez fait confiance, je vous dois tant.

À Fabien, je suis ravie de travailler de nouveau avec toi.

Aux sages-femmes du CHU, vous m'avez tant appris.

Catherine M., merci d'avoir été là lors de la naissance de Camille. Merci pour tes attentions qui me touchent tant.

Sandrine B., merci pour ta bonne humeur. À nos fous rires.

À mes co-internes,

Hélène, merci pour tes paroles réconfortantes et ta générosité. À ta petite famille.

Sophie (merci pour ta joie de vivre), Céline. À notre prochaine collaboration !

Séverine, ta simplicité et ta bonne humeur à toute épreuve rendent le travail à tes côtés très agréable. Bonne continuation à Chambéry !

Laetitia, Charles, Claire, Amélie, Camille, Caroline, Clémentine... merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

À Marieke.

Aux médecins de la Clinique Mutualiste, merci pour votre sympathie.

Au Docteur Yves Robert.

Au Docteur Jean-Claude Reynaud, tu m'as fait confiance et m'as laissé les clés de la salle d'accouchement, tu m'as initié à l'art délicat de la Médecine foetale, merci.

Au Docteur Eyriey, merci pour tous ces lundis où tu m'as fait confiance.

Au Docteur Coulon, au Docteur Grimaud, au Docteur Jacquet, votre bonne humeur, votre générosité et votre expérience m'ont tant apporté.

Au Docteur Dombre, merci de m'avoir accompagné avec tant de gentillesse pendant mes grossesses.

Aux Sages-femmes de la Mutualiste,

Vous m'avez accueillie à bras ouverts et m'avez aidée à prendre confiance. Votre soutien est si précieux. Merci à toutes. Une pensée particulière pour Anne, merci pour tes petits mots de réconfort.

Aux Médecins du service de Gynécologie-Obstétrique du CHR de Chambéry.

Aux Médecins du service de Chirurgie viscérale du CHR de Chambéry.

Aux infirmières des différents services dans lesquels j'ai travaillé. Merci pour votre sympathie.

Aux secrétaires du CHU et de la Clinique Mutualiste, merci pour votre accueil et votre bonne humeur.

À **Anaïs et Camille**, mes petits cœurs, vous êtes mon plus grand bonheur.

À **Martin**, mon amour. Tu es mon soutien le plus grand, merci d'être là.

À **ma maman**, tu m'as toujours encouragé. Je mesure le mérite que tu as de nous avoir aidé à grandir et à réaliser nos rêves... C'est grâce à toi que je suis là aujourd'hui.

À **mon papa**, tu m'as donné le goût de ce merveilleux métier. Je suis très fière de marcher sur tes pas.

À **ma sœur Estelle**, je t'admire d'avoir su concrétiser tes rêves d'aventures. À François, ton french australian. Je vous souhaite beaucoup de bonheur.

À **Thibault**, mon petit frère, tu as grandi si vite. Tu peux compter sur mon soutien.

À **mes grands-parents**, qui de loin m'ont toujours témoigné leur amour.

À **toute ma famille**.

À **Jean et Geneviève**, merci pour votre soutien et votre présence auprès de nos filles

À mes amis grenobloises, de Grenoble, Lyon et Paris. Merci pour cette amitié si précieuse, et pour tous ces beaux moments passés ensemble. Vous savoir à mes côtés est inestimable.

À Séverine, merci pour ta simplicité et ta générosité. **À Marc**. Je vous souhaite tout le bonheur que vous méritez.

À Sabine et Pierre, Céline et François, Karine et Julien, pour cette belle amitié de plus de 10 ans. Nous avons tant de souvenirs. Et à tous les compagnons de jeu de mes nénettes.

À Carole et Marc, Marlène et Clémence, on ne pouvait rêver meilleurs voisins. Merci pour ces belles soirées passées ensemble, et aux prochaines.

Aux amis de Martin qui sont devenus mes amis. **À Marion et Matthieu**, Isa, Ben et Caro... et leurs petits. **À nos prochaines vacances**.

Table des matières

<i>I</i>	<i>ARTICLE</i>	<i>17</i>
	Résumé	18
	Abstract	19
	INTRODUCTION	21
	MATERIEL ET METHODES	24
	RESULTATS	28
	DISCUSSION	36
	CONCLUSION	40
	RÉFÉRENCES	41
<i>II</i>	<i>ANNEXES</i>	<i>42</i>
	Annexe 1 : Cahier électronique	43
	Annexe 2 : Algorithme Groupes de prématurité	56
	Annexe 3 : Algorithme Pathologies obstétricales	57

I ARTICLE

Résumé

Objectif : Proposer une nouvelle classification de la prématurité en trois groupes, en étudiant une population de prématurés nés avant 35 SA ; décrire cette population et les pathologies obstétricales observées dans chacun des groupes.

Matériels et méthodes : Toutes les naissances prématurées (NP) entre 22 et 34+6 SA, vivantes ou non, survenues dans deux réseaux périnataux sur une période de 21 mois ont été répertoriées. Chaque cas a été affecté à un groupe de prématurité : prématurité induite (I), spontanée acceptée (SpA) et spontanée et non acceptée (SpNA).

Résultats : 1060 cas de NP ont été inclus, dont 981 naissances vivantes et décès per partum. 49% de ces NP sont induites, 32% correspondent à des naissances SpA et 19% à des naissances SpNA. La répartition des pathologies obstétricales est différente selon les groupes de prématurité : les pathologies vasculo-placentaires représentent 38,2% des NP induites ; les ruptures prématurées des membranes sont deux fois plus représentées dans les groupes I et SpA que dans le groupe SpNA.

Conclusion : La classification proposée est fondée sur la décision médicale, et permet de comparer les pratiques médicales selon les situations obstétricales rencontrées. Elle apparaît reproductible et simple d'utilisation.

Mot-clés : prématurité, classification, prématurité induite, prématurité spontanée acceptée, prématurité spontanée non acceptée, pathologies obstétricales.

Abstract

Objective: To propose a new classification of preterm births into three groups, by studying a population of preterm infants born before 35 weeks of gestation. To describe this population and the pregnancy complications associated with each group.

Patients and Methods: In two areas covered by a perinatal network, all preterm births, live births and stillbirths, which occurred between 22 and 34 completed weeks were recorded over a 21 months period. Each case was classified either in the medically indicated preterm birth (I) group, or in the accepted spontaneous preterm birth (ASp) group or in the non-accepted spontaneous preterm birth (NASp) group.

Results: 1060 cases of preterm births were included; among them 981 were live births or ended with per partum infant death. 49% of these births were medically indicated, 32% were ASp and 19% were NASp. The distribution of pregnancy complications and fetal disorders differed between preterm birth groups: ischemic placental diseases were present in 38,2% of medically indicated births; preterm premature rupture of membranes occurred twice more often in I and ASp preterm births than in NASp preterm births.

Conclusion:

This classification is based on the medical decision; it allows to compare medical practices in given obstetrical situations. It appears to be reproducible and easy to use.

Key words: preterm birth, classification, medically indicated preterm birth, accepted spontaneous preterm birth, non-accepted spontaneous preterm birth, pregnancy complication.

INTRODUCTION

Si la prématurité a considérablement baissé au cours des années 1970-1980, l'émergence de la prématurité dite induite et l'augmentation des grossesses multiples ont depuis contribué à l'augmentation du nombre d'enfants naissant prématurément.

Les Enquêtes Nationales de Périnatalité en France montrent une augmentation régulière du taux de prématurité, qui était de 7.2% (naissances vivantes et mort-nés) en 2003. Les données du projet EURO-PERISTAT montrent que la France se situait en 2004 au huitième rang européen pour cet indicateur ^[1]. Si l'on considère les naissances vivantes seulement, ce taux est passé de 5,4% à 6,3% entre 1995 et 2003.

L'augmentation du taux de prématurité entre 1995 et 1998 est surtout liée à l'augmentation du nombre de grossesses multiples et du taux de prématurité parmi ces naissances, alors que l'évolution de ce taux entre 1998 et 2003, s'explique principalement par l'augmentation de la prématurité parmi les naissances de singletons (4.7% à 5%), augmentation à la limite de la significativité ^[2, 3].

Des modifications dans la pratique obstétricale et néonatale permettent d'expliquer ces évolutions, avec notamment les progrès dans le dépistage de la souffrance foetale et dans la prise en charge des prématurés. Celles-ci ont ainsi entraîné une augmentation des naissances prématurées dites induites, c'est-à-dire faisant suite à un déclenchement ou une césarienne avant travail. En 1995, 42,8 % des naissances avant 35 semaines étaient induites. Ce taux est passé à 44,3% en 1998 puis à 52,7% en 2003 ^[3].

Dans un grand nombre d'études, françaises ou anglo-saxonnes, la prématurité est souvent étudiée en distinguant deux groupes : la prématurité spontanée et la prématurité induite. La prématurité spontanée concerne toute naissance prématurée issue d'un début de travail spontané.

Certains auteurs ont proposé une classification de la prématurité en trois groupes : la prématurité spontanée sans rupture prématurée des membranes (RPM), la prématurité spontanée avec RPM et la prématurité induite. Mais l'absence de différences concernant les facteurs de risque entre les deux groupes de prématurité spontanée les ont conduit à conseiller de revenir à la distinction classique en deux catégories "prématurité spontanée *versus* "induite" ^[4]. Par ailleurs, l'Enquête Nationale Périnatale de 1995 ^[5] a permis de montrer qu'il n'y avait pas de différence majeure concernant les facteurs de risque entre les deux groupes de prématurité induite et spontanée. Les auteurs du rapport suggèrent que ceci peut être lié à l'existence de causes communes aux deux groupes, ou à la difficulté à distinguer deux catégories de prématurité.

Si la prématurité induite mérite cependant d'être clairement individualisée, cet item ne permet pas de recenser toutes les situations où l'équipe obstétrico-pédiatrique accepte et donc « consent » à la naissance prématurée.

L'intérêt de notre travail (étude PREMALP) est de proposer une nouvelle classification de la prématurité en trois groupes, de façon à prendre en compte la décision médicale face aux différentes situations de prématurité: la **prématurité induite** (déclenchement du travail ou césarienne avant travail), la **prématurité spontanée acceptée** (travail spontané respecté), et la **prématurité spontanée non acceptée** (travail spontané suivi de l'instauration d'une tocolyse).

L'objectif principal de l'étude PREMALP est de vérifier que la classification proposée en trois groupes peut s'appliquer de façon prospective sur une large cohorte, et de préciser les pathologies maternelles et/ou fœtales associées à chacun de ces trois groupes de naissances prématurées.

Les autres objectifs de cette étude sont (i) la description des modes de décision médicale face à la prématurité, (ii) l'étude des différences éventuelles de pratiques entre praticiens et entre établissements de niveaux de soins différents, et (iii) l'analyse du devenir à court terme des enfants selon les trois groupes de prématurité. Ces aspects feront l'objet d'autres articles.

L'objet de cet article est la **description de la population de l'Etude PREMALP, des principaux résultats quant aux trois groupes de prématurité, et des pathologies obstétricales observées.**

MATERIEL ET METHODES

L'étude PREMALP est une étude prospective multicentrique menée dans le bassin de population des deux réseaux périnataux, le Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI), et le Réseau Périnatal des 2 Savoie (RP2S), concernant toutes les naissances entre 22 et 34 SA+6 jours.

Le RPAI est le réseau de l'agglomération Grenobloise, et le réseau RP2S couvre l'ensemble des maternités des deux départements de Savoie et Haute-Savoie. Ce travail concerne 19 maternités réparties en 2 maternités de niveau III, 7 de niveau II et 10 de niveau I.

1. Population étudiée

L'étude a porté sur toutes les naissances prématurées entre 22 SA +0 et 34 SA +6 jours, vivantes ou non, survenues dans une des maternités des 2 réseaux de périnatalité RPAI et RP2S, entre le 20 février 2006 et le 31 octobre 2007, soit durant près de 21 mois. Les MFIU (morts fœtales in utero) et les décès per partum ont été inclus. Les interruptions de grossesse pour motif médical (IMG) ont été exclues.

2. Méthodes

Une information préalable au recueil des données a été réalisée dans chaque maternité participant à l'étude.

Pour chaque cas inclus, les informations ont été renseignées par un binôme médical (obstétricien et pédiatre) d'une part, et par un Assistant de Recherche Clinique (ARC) d'autre part.

Le signalement des cas a été réalisé par les médecins des différents établissements par un fax d'inclusion. Les données concernant chaque cas ont ensuite été enregistrées grâce à un cahier d'observation électronique (cf. annexe).

L'ARC s'est rendu régulièrement dans les différents établissements afin de contrôler le cahier d'accouchement et s'assurer de l'exhaustivité du recueil des cas à inclure. Une partie des informations nécessaires à l'étude a été répertoriée par l'ARC dans la seconde partie du cahier électronique.

Une fiche générale a été remplie pour chacun des cas inclus.

Pour les cas d' « enfant né vivant ou décès per partum », deux fiches ont été remplies. Une première, renseignée par le binôme médical, comporte les informations relatives à une prise en charge par Procréation Médicalement Assistée éventuelle, les professionnels présents lors de la naissance et les circonstances de la naissance prématurée. L'ARC a recueilli sur une deuxième fiche les informations concernant la situation maternelle à la naissance, les pathologies maternelles et fœtales éventuelles pendant la grossesse, l'état fœtal à la naissance et la prise en charge éventuelle en néonatalogie.

Pour les cas de MFIU, le binôme médical recensait les informations concernant le contexte de la MFIU, les causes maternelles et fœtales associées et la cause présumée de la MFIU.

Un point important du recueil des données était l'affectation de chacun des cas à un groupe de prématurité ; dans un premier temps par le binôme médical, puis par l'ARC. Pour cela ils ont pu s'aider de l'organigramme décisionnel proposé (cf. annexe).

Le groupe Prématurité induite (I) est défini par les cas où l'équipe médicale induit la naissance, par un déclenchement du travail et/ou une césarienne, alors que l'histoire naturelle de la grossesse n'aurait pas a priori abouti à la naissance prématurée.

Le groupe Prématurité spontanée acceptée (SpA) est défini par les cas où, suite à la mise en route spontanée du travail, l'équipe médicale ne prescrit aucune tocolyse, en dehors de celle permettant la corticothérapie pour maturation pulmonaire, ou arrête la tocolyse.

Le groupe Prématurité spontanée non acceptée (SpNA) est défini par les cas où, suite à la mise en route spontanée du travail, l'équipe médicale met en place toutes les mesures médicales afin d'éviter la naissance prématurée.

Un groupe d'experts, composé de médecins cliniciens (3) et épidémiologistes (2) et d'un ARC s'est réuni pour statuer sur les cas discordants (n=64), et en permettre le classement final.

Un système de classement hiérarchique a été utilisé pour permettre un regroupement facile et reproductible des pathologies obstétricales identifiées dans chacun des dossiers (cf. annexe).

On retrouve dans ce système cinq grands groupes de pathologies obstétricales: les RPM ou infections, les pathologies vasculo-placentaires (pré éclampsie, éclampsie, HELLP syndrome ou HRP), les placenta prævia, les pathologies maternelles diverses et enfin les pathologies foeto-annexielles.

Le sous-groupe « RPM ou infection » comprend les cas de RPM supérieure à 24 heures et les cas d'infection documentée (avec traitement) survenues dans les 48 heures avant la naissance. Les cas pour lesquels aucune pathologie obstétricale n'a été recensée au cours de la grossesse ou avant le début du travail ont été affectés au sous-groupe « aucune pathologie ».

Les accouchements inopinés ont été définis par une dilatation à l'entrée à la maternité supérieure à 5 cm, et un délai entre l'entrée et la naissance inférieur à 12 heures.

3. Analyse statistique

Une validation des informations recueillies a été réalisée par l'ARC avant de geler la base de données et de procéder à leur analyse.

La reproductibilité de la classification entre les deux observateurs indépendants à partir de l'algorithme proposé a été mesurée à l'aide du coefficient Kappa de Cohen.

Les intervalles de confiance sont donnés à 95 %, et le seuil de significativité retenu est de 0,05.

RESULTATS

1. Population

43 276 naissances ont été recensées pendant la durée de l'étude dans l'ensemble des maternités des réseaux RPAI et RP2S. Parmi celles-ci, il y avait 385 MFIU ou décès per partum (hors IMG).

Sur l'ensemble de ces naissances, nous avons enregistré **1060 naissances prématurées** avant 35 SA, dont 953 enfants nés vivants, 28 décès per partum, et 79 MFIU hors IMG.

Le taux de prématurité avant 35 SA parmi les naissances vivantes et décès per partum était de 2,27% (IC 2,1-2,3) ; il était de 0,93% (IC 0,8-1) avant 32 SA, et de 0,31% (IC 0,2-0,3) avant 28 SA.

Pour 958 de l'ensemble des naissances avant 35 SA, les mères étaient domiciliées dans l'un des trois départements de l'étude. Pour les 102 autres cas, les mères étaient domiciliées en dehors des départements d'inclusion, dont 74 dans un des départements de la région Rhône-Alpes.

2. Répartition de la population selon l'âge gestationnel

Le tableau 1 détaille la répartition des naissances prématurées selon cinq classes d'âge gestationnel.

La population des naissances prématurées entre 22 et 27 SA représentait 16,3% de la population totale (1060). Les 28-31 SA représentaient 27,6% et les 32-34 SA 56,1% des naissances totales.

Si l'on considérait les naissances vivantes (hors MFIU et décès per partum), les 22-27 SA représentaient 11,7% de la population, les 28-31 SA 27,4% et les 32-34 60,9%.

Une part importante des décès est survenue à des âges gestationnels inférieurs à 25 SA.

Dans la tranche d'âge 22-23 SA, aucun enfant n'a survécu. Un tiers de ces enfants étaient nés vivants, mais il n'y a pas eu de prise en charge de ces prématurés.

Nous avons noté une diminution importante après 26 SA du taux de décès avant transfert en Néonatalogie (MFIU et DCPD compris). Entre 24 et 25 SA, près de 30% des prématurés sont décédés en salle de naissance, 17,7% sont décédés après transfert.

Pour la tranche d'âge 26-27 SA, le taux de décès en salle de naissance était de 7% et de 9,4% après transfert.

Nous avons également observé une modification importante du taux de survie à partir de 26 SA. Avant 26 SA, 16,1% des prématurés sortaient vivants de l'Unité de Néonatalogie. Parmi les 26-27 SA, 71,8% des enfants survivaient. La grande majorité des prématurés nés entre 32 et 34 SA a survécu (96,3%).

Tableau 1 : Description de la population selon 5 classes d'âge gestationnel, n=1060**(% en lignes)**

terme	MFIU n=79		Décès per partum n=28		Enfants nés vivants n=953								
					Sortis		Sortis		Sortis		Total n=1060		
					décédés sans transfert	décédés avec transfert	décédés sans transfert	décédés avec transfert	décédés sans transfert	décédés avec transfert			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n			
22-23 SA	13	36,1	11	30,6	12	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
24-25 SA	13	25,5	10	19,6	5	9,8	9	17,7	14	27,5	14	27,5	51
26-27 SA	10	11,8	3	3,5	3	3,5	8	9,4	61	71,8	61	71,8	85
28-31 SA	28	9,6	4	1,4	2	0,7	8	2,7	251	85,7	251	85,7	293
32-34 SA	15	2,5	0	0,0	1	0,2	6	1,0	573	96,3	573	96,3	595
Total	79		28		23		31		899		899		1060

3. Répartition des 3 groupes de prématurité

Un des aspects importants de l'étude était l'affectation de chaque cas inclus à l'un des trois groupes de prématurité.

Sur les 981 cas recensés, seulement deux n'avaient pas été classés par le binôme médical. Ils l'ont été à l'issue de la réunion d'experts, mais ils n'ont pas été pris en compte pour le calcul de la concordance. Le taux de concordance observé correspond au pourcentage de cas classés de la même façon par l'ARC et le binôme médical, il était de 93,4 %. Le coefficient Kappa était de 0,89 (IC, 85-0,94).

Le tableau 2 décrit la répartition de la population de prématurés selon les trois groupes de prématurité.

Les naissances prématurées (NP) induites (I) représentaient 49% de la population totale (hors MFIU). Les naissances spontanées acceptées (SpA) et les naissances spontanées non acceptées (SpNA) représentaient respectivement 32 % et 19%.

Cette répartition variait selon un certain nombre de caractéristiques.

Ainsi dans les sous-groupes 22-23 SA et 24-25 SA, une part importante de la prématurité était représentée par le groupe SpA (respectivement 56,5% et 52,6%). Les naissances induites étaient moins fréquentes parmi ces termes très prématurés (13% et 10,5%). Le groupe I était bien représenté après 26 SA (48% à 26-27 SA) avec un maximum pour les naissances de 28-31 SA (58,1%).

Les naissances multiples représentaient un tiers de notre population (308 cas). La distribution des groupes de prématurité était différente puisque le groupe induit représentait 34%, le groupe SpA 40% et le groupe SpNA 26%. Cette différence de répartition entre les groupes persistait après ajustement sur l'âge gestationnel. Après 32 SA, le groupe SpA était le groupe le plus fréquent parmi les naissances multiples (50,6%), alors que parmi l'ensemble des naissances le groupe I était le plus fréquent (48,3%).

Tableau 2 : Description de la population selon les groupes de prématurité, n=981 (%en lignes)

% en ligne	Induit I		Spontanée acceptée SpA		Spontanée non acceptée SpNA		Total n=981
	n=477		n=313		n=191		
	49 %		32 %		19 %		
	n	%	n	%	n	%	
par âge gestationnel							
22-23 SA	3	13	13	56,5	7	30,4	23
24-25 SA	4	10,5	20	52,6	14	36,8	38
26-27 SA	36	48	18	24	21	28	75
28-31 SA	154	58,1	49	18,5	62	23,4	265
32-34 SA	280	48,3	213	36,7	87	15	580
par naissances multiples	105	34,1	123	39,9	80	26	308
par âge maternel							
< 20 ans	15	50	12	40	3	10	30
20-34 ans	346	46,4	250	33,6	149	20	745
>34 ans	116	56,3	51	24,8	39	18,9	206
proportion de RPM*							
RPM≤24 h	37	14,1	144	55	81	30,9	262
RPM> 24 h	99	57,2	55	31,8	19	11	173
pas de RPM	340	64	105	19,8	86	16,2	531

* Il existe 15 données manquantes pour l'analyse des RPM. L'analyse a été faite sur un effectif total de 966 sujets.

4. Description des pathologies obstétricales

Le tableau 3 décrit la répartition des pathologies obstétricales dans chacun des trois groupes de prématurité.

Nous avons recensé des différences dans la distribution de ces pathologies selon les trois groupes de prématurité.

Ces groupes n'étaient pas caractérisés par une seule pathologie ; en effet chaque pathologie se retrouvait dans chacun des groupes de prématurité.

Dans le groupe I, nous avons retrouvé principalement l'ensemble des pathologies vasculo-placentaires (38,2%) et plus de la moitié des RPM et infection.

Les cas intitulés « aucune pathologie » représentaient plus de 50% des cas de prématurité SpA et SpNA (respectivement 53,3% et 62,8%). Pour les 167 cas du groupe SpA « aucune pathologie » obstétricale, il s'agissait de naissances entre 32 et 34 SA dans 79,6% des cas, et d'accouchements inopinés dans 19,8% des cas.

Parmi les 33 cas de prématurité I « aucune pathologie » (7%), il y avait 18 cas de naissances multiples, dont 9 pour lesquels il existait une pathologie chez un des jumeaux, 12 cas de RPM de moins de 24 heures et 11 cas de pathologies chez la mère préexistantes à la grossesse.

Les cas avec « RPM et infection » étaient représentés en proportion équivalente dans les groupes de prématurité I et SpA (22,9% et 21,4% respectivement), deux fois plus que dans le groupe SpNA (11,5%).

Tableau 3 : Description des pathologies obstétricales, n=981 (% en colonnes)

	Induit		Spontanée acceptée		Spontanée non acceptée		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucune pathologie	33	6,9	167	53,3	120	62,8	320	32,6
Pathologies foeto-annexielles	85	17,8	14	4,5	18	9,4	117	11,9
Pathologies maternelles diverses	33	6,9	48	15,3	20	10,5	101	10,3
Pathologies vasculo-placentaires	182	38,2	8	2,6	4	2,1	194	19,8
Placenta praevia	35	7,3	9	2,9	7	3,7	51	5,2
RPM ou infection	109	22,9	67	21,4	22	11,5	198	20,2
Total	477		313		191		981	

DISCUSSION

L'étude PREMALP, incluant 1060 cas de naissances prématurées (NP) avant 35 SA dans deux réseaux de périnatalité, révèle un taux de prématurité avant 35 SA de 2,3% parmi les naissances vivantes (et décès per partum).

Quarante neuf pour cent de ces NP sont induites, 32% acceptées après une mise en travail spontanée et pour les 19% restant, tout est mis en œuvre pour empêcher l'accouchement. En ce sens, ces NP étaient les seules non acceptées par l'équipe obstétrico-pédiatrique.

Les différentes pathologies maternelles et fœtales classiquement associées aux NP sont présentes dans chacun de ces trois groupes de prématurité dans des proportions différentes: alors que les pathologies vasculo-placentaires sont en grande partie dans le groupe des NP induites, d'autres comme les RPM se retrouvent réparties dans les 3 groupes. La classification des NP, proposée dans cette étude, est concordante entre deux observateurs indépendants dont l'un n'est pas un soignant, ce qui traduit simplicité et facilité d'utilisation.

Les taux de prématurité constatés dans notre étude sont de 0,31% pour les NP avant 28 SA et de 0,93% avant 32 SA et sont comparables à ceux de la littérature. L'enquête nationale périnatale de 2003 montre un taux de 0,26% pour les NP inférieures à 28 SA, de 0,87% pour celles inférieures à 32 SA ^[2]. Dans l'étude EPIPAGE, datant de 1997, des résultats équivalents sont rapportés avec 0,81% de naissances survenant avant 32 SA ^[6]. Notre population d'étude est donc comparable à celle décrite en France et dans d'autres régions, et ne présente pas de différence importante, en terme quantitatif, par rapport aux chiffres des années 1997 et 2003.

Plusieurs études françaises et anglo-saxonnes se sont intéressées aux modes de naissance des prématurés. Le taux de prématurité induite, étudié par le taux de césarienne réalisé avant travail et/ou le déclenchement médical du travail, varie de 20 à 50% [4, 7-12]. Dans notre étude, il est de 49%.

Sur l'ensemble de l'étude PREMALP, 33% des cas sont des NP sans pathologie obstétricale recensée. Elles représentent plus de 53% des NP SpA et 62% des NP SpNA.

Leur forte représentation dans le groupe des naissances SpNA est compréhensible, puisqu'en l'absence de pathologie fœtale ou maternelle, il est logique que tout soit mis en œuvre pour limiter le risque de NP.

Les NP SpA sans pathologie sont expliquées par une proportion de naissances inopinées (1 cas sur 5), de naissances à des termes relativement tardifs, notamment entre 34 SA et 34 SA+6 (plus d'1 cas sur 2), de RPM inférieures à 24 heures dans près de deux tiers des cas, de grossesses multiples (2 cas sur 5). Elles correspondent également dans un faible nombre de cas à des complications purement *per partum* et à des patientes ayant un antécédent de menace d'accouchement prématuré (MAP). Le nombre de cas de NP SpA réellement sans pathologie (c'est-à-dire en dehors des conditions particulières précédemment citées) est de seulement 10 cas.

Notre recensement des pathologies obstétricales était essentiellement focalisé sur les pathologies de la grossesse et non du travail, et certaines situations obstétricales n'ont pas été recensées spécifiquement.

Nous pouvons critiquer notre choix de distinguer ruptures prématurées des membranes de moins de 24 heures et ruptures prolongées au-delà de 24 heures. Du point de vue du néonatalogue, cette distinction a un sens ; les ruptures prolongées impliquent en effet une prise en charge néonatale spécifique. Pour l'obstétricien, au contraire, c'est la présence ou non d'une rupture prématurée des membranes qui influence la décision médicale.

Les RPM ou infections concernent 23% des NP induites, 21% des NP SpA et 11% des SpNA. La présence de cette pathologie dans ces trois groupes traduit une grande hétérogénéité des pratiques et probablement les difficultés à établir un consensus médical pour la prise en charge des RPM avant terme. Nous supposons que le terme auquel intervient la RPM est un des critères qui peut expliquer cette hétérogénéité des pratiques, ainsi que l'existence ou non d'un syndrome inflammatoire.

Ce résultat illustre l'intérêt de notre classification pour étudier les divergences de pratiques médicales vis-à-vis d'une pathologie donnée. Cette utilisation pourrait être proposée pour comparer des pratiques entre centres de périnatalité ou au cours du temps.

Il est difficile de comparer nos résultats concernant les pathologies de la grossesse dans les trois groupes aux données de la littérature, puisque aucune étude n'a étudié les circonstances de prématurité selon notre méthode.

La plupart des études publiées étudient les NP selon une classification binaire avec d'une part les prématurités induites et d'autre part les prématurités spontanées, en distinguant éventuellement la présence ou non d'une RPM. Ces travaux s'accordent sur le fait que les étiologies de la prématurité sont multiples et que chacun de ces groupes partage des étiologies communes avec les autres^[10].

Pickett et *al* ont étudié les facteurs de risque des NP en distinguant 3 groupes différents : les NP induites, les NP spontanées associées à une RPM et les NP spontanées idiopathiques^[4]. L'âge maternel supérieur à 35 ans est significativement associé à un risque accru de prématurité induite. Nous retrouvons des résultats concordants, avec une proportion importante de mères âgées de plus de 34 ans dans le groupe I.

Dans l'étude de Pickett, le taux de NP idiopathiques est de 35%, ce qui est concordant avec notre taux de NP sans pathologie. Dans la revue de Goldenberg, ce taux est plus élevé, se situant entre 40 et 45%^[9].

Ananth et *al* montrent qu'une cause vasculo-placentaire est responsable de 53% des naissances prématurées induites. Le groupe « pathologie vasculo-placentaire » comprend également les RCIU, alors que nous avons attribué cette pathologie au groupe « pathologie foetale ». Par ailleurs, dans cette étude, les auteurs ont considéré comme spontanée toute naissance faisant suite à une rupture prématurée des membranes, alors que cet item est considéré comme une pathologie dans notre étude [7, 8].

Notre étude se caractérise par une bonne exhaustivité des cas déclarés puisqu'une vérification était réalisée dans les cahiers de maternité pour repérer les oublis éventuels.

Cependant, il ne s'agit pas d'une étude en population puisqu'elle concerne une « population de réseaux », quels que soient les lieux de domiciliation des patientes. Certains cas de patientes domiciliées dans un des trois départements de l'étude mais ayant dû accoucher dans une maternité de réseaux avoisinants, n'ont pas été recensés. Le taux de prématurité de notre étude ne peut donc pas être considéré comme un taux de prématurité en population générale.

Une discordance entre le classement effectué par l'assistant de recherche clinique et celui fait par le binôme de cliniciens n'a été constatée que dans un faible nombre de cas. La proportion de cas discordants varie selon les niveaux de soins, en étant plus faible dans les maternités de niveau III. Les différences concernent d'abord des divergences de classement entre des NP I et des NP SpA. Ceci peut s'expliquer par la difficulté à déterminer l'existence ou non d'un travail spontané. Certaines divergences concernent les groupes SpA et SpNA et pour ces cas, c'est plutôt l'intention du clinicien lors de l'arrêt de tocolyse qui est à posteriori difficile à interpréter. Très peu de discordances pour les groupes I et SpNA ont été observées.

CONCLUSION

L'étude menée dans les deux réseaux de périnatalité du sillon alpin constitue une première approche d'une classification des naissances prématurées en trois groupes, fondée sur la conduite médicale adoptée. Les classifications binaires proposées antérieurement en distinguant les prématurités consenties ou non consenties se heurtaient à une difficulté pour classer certains cas. Notre classification selon les naissances prématurées induites, spontanées acceptées et spontanées non acceptées, montre une certaine pertinence du fait d'une bonne concordance globale entre observateurs, d'une simplicité d'utilisation et de son intérêt pour comparer les pratiques médicales lors des pathologies obstétricales classiques.

Notre étude montre une répartition différente des pathologies obstétricales selon les trois groupes de prématurité. Les pathologies vasculo-placentaires sont surtout représentées dans le groupe des naissances prématurées induites ; les RPM ou infections se répartissent en proportion équivalente dans les groupes des naissances induites et spontanées acceptées, et sont deux fois plus fréquentes que dans le groupe des naissances spontanées non acceptées, traduisant une hétérogénéité des pratiques.

Une étude de plus grande envergure serait intéressante pour confirmer nos résultats et permettre une validation de la classification proposée, ainsi que pour étudier le devenir à moyen et long terme des enfants prématurés, notamment ceux dont la naissance a été induite ou acceptée.

RÉFÉRENCES

1. European perinatal health report. Euro-Peristat.
2. BLONDEL B SK, DU MAZAUBRUN C, BREART G. Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998.
3. BLONDEL B. SK, DU MAZAUBRUN C., BREART G. . La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. Résultats des enquêtes nationales périnatales. J Gyn Obstet Biol Reprod 2006;35:373-387.
4. PICKETT KE, ABRAMS B, SELVIN S. Defining preterm delivery--the epidemiology of clinical presentation. Paediatr Perinat Epidemiol 2000;14:305-8.
5. FOIX-L'HELIAS L AP, BLONDEL B. Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2000;29:55-65.
6. LARROQUE B, BREART G, KAMINSKI M, et al. Survival of very preterm infants: Epipage, a population based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2004;89:F139-44.
7. ANANTH CV, VINTZILEOS AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. J Matern Fetal Neonatal Med 2006;19:773-82.
8. ANANTH CV, VINTZILEOS AM. Maternal-fetal conditions necessitating a medical intervention resulting in preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2006;195:1557-63.
9. GOLDENBERG RL, CULHANE JF, IAMS JD, ROMERO R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008;371:75-84.
10. MOUTQUIN JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. BJOG 2003;110 Suppl 20:30-3.
11. PAPIERNIK E, ZEITLIN J, RIVERA L, BUCOURT M, TOPUZ B. Preterm birth in a French population: the importance of births by medical decision. BJOG 2003;110:430-2.
12. STEER P. The epidemiology of preterm labour. BJOG 2005;112 Suppl 1:1-3.

II ANNEXES

Annexe 1 : Cahier électronique

FICHE ENFANT VIVANT ou DECES PER-PARTUM

1. S'agit-il d'une naissance par Procréation Médicalement Assistée ? Oui Non

1.1. Si oui, préciser le mode de Procréation Médicalement Assistée :

- 1 Induction d'ovulation
2 Fécondation in vitro (FIV)
3 Insémination Artificielle

2. Quels professionnels étaient présents à la naissance ?

	Obstétricien	Pédiatre	anesthésiste
Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senior + junior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senior seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Junior seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1. Présence sage femme : Oui Non

3. Circonstances de naissance

3.1. Transfert in utero : Oui Non

3.1.1. Si Oui, Motif du transfert :

- MAP
 Rupture Prématuration des Membranes
 Métrorragie, placenta bas inséré, pre praevia
 HTA, hellp syndrome, pré éclampsie
 RCIU
 Malformation fœtale
 oligoamnios, anamnios, hydramnios
 Autres, précisez _____

3.1.2. Si pas de transfert in utero et prématurité < 32 SA indiquez pourquoi (hors maternité niveau III):

- 3.1.2.1. Manque de place Oui Non
3.1.2.2. Accouchement en cours Oui Non
3.1.2.3. Pathologie maternelle contre indiquant (pbm coag, choc) Oui Non

3.1.2.4. Refus de la patiente

Oui Non

3.2. Corticothérapie anténatale : Oui Non

3.2.1. Si Oui, Médicament : _____

3.3. Nombre de cures :

3.4. Cure complète Oui Non

3.4.1. Si Non, Explication en clair de l'absence de prescription _____

3.5. Tocolyse durant les dernières 24 heures : Oui Non

3.5.1. Si Oui, nom du produit utilisé : _____

3.5.2. Voie d'administration :

Per os

IV

4. Modalités de la prise de décision de la naissance prématurée

4.1. La décision a été prise :
1 En staff obstétrico pédiatrique
2 En urgence par les obstétriciens
3 En urgence par les obstétriciens et les pédiatres

4.2. Les parents ont ils exprimé leur avis sur la prise en charge : Oui Non

4.2.1. Si Oui, cet avis était il en accord avec celui de l'équipe obstétrico pédiatrique : Oui Non

4.3. Les parents ont-ils bénéficié d'un entretien pédiatrique avant la naissance : Oui Non

5. Affectation au Groupe de Naissance (avis du binôme médecins référent)

1 INDUIT

Pas de travail

Césarienne avant travail

Déclenchement du travail (définition du déclenchement)

2 SPONTANE ACCEPTE

Pas de tocolyse ou tocolyse courte pour corticothérapie anténatale (48 h) arrêtée ensuite, quelque soit le mode final d'accouchement (par exemple, césarienne en urgence)

3 SPONTANE NON ACCEPTE

Tocolyse intensive jusqu'au début du travail

Avec échec de cette tocolyse

Justification et Commentaires : _____

Justification de la décision:

Retracer, si possible, les évènements qui ont conduit au choix d'induire ou d'accepter la prématurité en signalant les problèmes organisationnels.

Exemples :

- Informer d'un antécédent d'hospitalisation pour MAP avec tocolyse efficace pour une prématurité qui est finalement induite (ex : rupture à 28 SA, tocolyse puis repos, déclenchement à 32 SA)
- Informer de l'impossibilité de prescrire une tocolyse dans une situation d'urgence, ce qui « contraint » à accepter une prématurité spontanée (MAP à 24 SA et femme à 8 cms)

FICHE ENFANT DECEDE EN ANTE PARTUM (MFIU) hors IMG

1. Description

1.1. Type de MFIU

1 Inopinée

2 « Prévisible naturelle » car une pathologie maternelle ou fœtale avait été identifiée mais évolution naturelle respectée (retard de croissance intra-utérin vasculaire majeur sans hospitalisation maternelle ou sans monitoring fœtal ou sans décision d'extraction)

3 « Prévisible médicalisée » car une pathologie maternelle ou fœtale avait été identifiée mais médicalisation (Syndrome transfuseur/transfusé ayant bénéficié d'une coagulation par laser et/ou hospitalisation pour repos maternel)

1.2. Si la MFIU était associée à une complication de la grossesse,

maternelle ou fœtale, Y a-t-il eu une discussion sur la conduite à tenir (exemple RCIU majeur à 26 SA, discussion sur une extraction prématurée vs attitude expectative) :

Oui Non

1.2.1. Si Oui, modalités de la discussion :

1 En staff obstétrico pédiatrique

2 En staff d'obstétrique

3 En urgence par les obstétriciens

4 En urgence par les obstétriciens et les pédiatres

1.3. Les parents ont ils exprimés leur avis sur la prise en charge ?

Oui Non

1.4. Les parents ont ils bénéficié d'un entretien pédiatrique ?

Oui Non

2. Pathologie maternelle :

2.1. Pathologie maternelle associée :

Oui Non

Si Oui, cochez la ou les propositions exactes

2.1.1. HTA, Eclampsie ou Pré éclampsie

Oui Non

2.1.2. Infection probable, Infection certaine

Oui Non

2.1.3. Placenta praevia

Oui Non

2.1.4. Hématome rétroplacentaire

Oui Non

2.1.5. Rupture prématurée de la poche des eaux

Oui Non

2.1.6. Menace d'accouchement prématuré isolée

Oui Non

2.1.7. Diabète gestationnel

Oui Non

2.2. Autres complications obstétricales : (en clair) _____

2.3. Pathologies non obstétricales, préexistantes à la grossesse : Oui Non

2.3.1. Si Oui, indiquez la ou les pathologies en clair : _____

2.4. Pathologie fœtale associée : Oui Non

2.4.1. Si Oui : Malformation
 Retard de croissance intra-utérin
 Résultat caryotype (si fait)
 Autres, précisez : _____

2.5. Résultat foeto pathologie connue : Oui Non

2.5.1. Si Oui, principale conclusion : _____

2.6. Cause présumée de la MFIU :

Cahier ARC

La MERE

I - Description

- 1.1. Age de la mère (en années) :----- [] [] []
- 1.2. Code postal de l'adresse personnelle de la mère :----- [] [] [] [] [] []
- 1.3. Catégorie Socio Professionnel de la mère ou du père (code INSEE) du bulletin d'hospitalisation :

- 1.4. Profession de la mère (dossier médical) : _____
- 1.5. Profession du père (dossier médical) : _____
- 1.6. Date des Dernières Règles : ----- [] [] / [] [] / [] []
- 1.7. Poids de la mère : ----- [] [] kg
- 1.8. Taille de la mère : ----- [] [] [] cm

II - Antécédents obstétricaux

- 2.1. Nombre de Grossesses antérieures :----- [] []
- 2.2. Nombre d'enfants nés vivants : ----- [] []
- 2.2.1. Dont nombre d'enfants nés <32 SA :----- [] []
- 2.2.2. Dont nombre d'enfants décédés en période néonatale (--> 28 j vie) : [] []
- 2.3. Nombre d'enfants mort-nés :----- [] []
- 2.3.1. Dont nombre d'enfants nés <32 SA :----- [] []
- 2.4. Nombre d'Interruptions Médicales de Grossesse :----- [] []

III - Grossesse actuelle

- 3.1. Pathologie pré-existante à la grossesse ? Oui Non
- 3.1.1 Si Oui, précisez : _____
- 3.2. Grossesse : Unique Gémellaire Triple >=4

NAISSANCE

1. Lieu de naissance (en clair) : _____
2. Niveau de soins de l'établissement : Niveau I Niveau II Niveau III
3. Date d'admission de la mère dans l'établissement : _____/_____/_____
4. Heure d'admission de la mère dans l'établissement : _____:_____
5. Mode d'entrée de la mère : Domicile
 Venant d'un autre établissement
 Autre, précisez : _____
6. Date de naissance de l'enfant : _____/_____/_____
7. Heure de naissance de l'enfant : _____:_____
8. Enfant vivant à la naissance : Oui Non
9. Terme de naissance (en semaines d'aménorrhée + jours) : _____ semaines + _____ jours
(D'après la meilleure estimation, dernières règles ou ultrasons OU ECHO PRECOCE (< 12SA))
10. Poids de naissance de l'enfant (en gr) : _____gr
11. Périmètre crânien de naissance de l'enfant (en cm) : _____cm
12. Taille de l'enfant (en cm) : _____cm
13. Sexe de l'enfant : M F I
14. Si grossesse multiple, ordre de naissance : _____

FICHE « ENFANT VIVANT ou DECES PER-PARTUM »

Enfant né à domicile : Oui Non

I - Situation maternelle à l'admission

En cas d'accouchement à domicile remplir les informations ci-dessous selon disponibilité

- 1.1. Contractions Utérines à l'admission ? Oui Non
1.1.1. Si oui, fréquence des Contractions Utérines : nombre/30minutes
- 1.2. Dilatation à l'admission (en cm) : cm
- 1.3. Date d'admission en salle d'accouchement : / /
- 1.4. Heure d'admission en salle d'accouchement : :
- 1.5. Déclenchement du travail : Oui Non
1.5.1. Si Oui, Nom du médicament : _____
1.5.2. Date de la 1^{ère} prise : / /
1.5.3. Heure de la 1^{ère} prise : :
- 1.6. Etat des membranes à l'entrée :
 Intactes
 Rompues avec début de travail
 Rompues sans travail mais tocolyse
 Rompues sans travail alors qu'aucune tocolyse n'est instaurée
1.6.1. Si Intactes à l'entrée, date de rupture : / /
1.6.2. Heure de rupture : :
1.6.3. Mécanisme de la rupture : Spontanée Provoquée
- 1.7. Accouchement voie basse : Oui Non
1.7.1. Si Oui, extraction instrumentale : Oui Non
1.7.1.1. Si extraction instrumentale : Forceps Ventouse
- 1.8. Césarienne : Oui Non
1.8.1. Si Oui, Césarienne : Avant travail pendant le travail
1.8.2. Si Oui, Césarienne en urgence : Oui Non
1.8.2.1. Si Oui, Césarienne pour SFA : Oui Non

II - Pathologies maternelles :

- 2.1. Hypertension artérielle maternelle : Oui Non
- 2.1.1. Si Oui : HTA gravidique : Oui Non
- 2.1.2. HTA pré existante à la grossesse : Oui Non
- 2.1.3. Traitement de l'HTA :
- 1 LOXEN
- 2 TRANDATE
- 3 ALDOMET
- 4 ADALATE
- 5 Autre

2.1.3.1 Si Autre, précisez : _____

- 2.2. Pré-éclampsie maternelle : Oui Non
- 2.3. Eclampsie maternelle : Oui Non
- 2.4. Diabète maternel : Oui Non
- 2.4.1. Si oui : Diabète gestationnel : Oui Non
- 2.4.2. Diabète pré existant à la grossesse : Oui Non
- 2.4.3. Traitement par insuline : Oui Non

2.5. Menaces d'accouchements prématurés antérieures à l'accouchement

(Uniquement celles avec hospitalisation) : Oui Non

Si Oui, compléter le tableau suivant :

	MAP N°1	MAP N°2	MAP N°3
2.5.1 Date admission			
2.5.2 Traitement	1 <input type="checkbox"/> TRACTOCILE 2 <input type="checkbox"/> SALBUTAMOL 3 <input type="checkbox"/> LOXEN 4 <input type="checkbox"/> ADALATE 5 <input type="checkbox"/> Autre, précisez	1 <input type="checkbox"/> TRACTOCILE 2 <input type="checkbox"/> SALBUTAMOL 3 <input type="checkbox"/> LOXEN 4 <input type="checkbox"/> ADALATE 5 <input type="checkbox"/> Autre, précisez	1 <input type="checkbox"/> TRACTOCILE 2 <input type="checkbox"/> SALBUTAMOL 3 <input type="checkbox"/> LOXEN 4 <input type="checkbox"/> ADALATE 5 <input type="checkbox"/> Autre, précisez
2.5.3 Corticothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.5.3.1 Si corticothérapie, Nombre de cure			

2.6 Menace d'accouchement prématuré pour cet accouchement

Oui Non

Si Oui, compléter le tableau suivant :

	MAP N°1
2.6.1 Date admission	
2.6.2 Traitement	1 <input type="checkbox"/> TRACTOCILE 2 <input type="checkbox"/> SALBUTAMOL 3 <input type="checkbox"/> LOXEN 4 <input type="checkbox"/> ADALATE 5 <input type="checkbox"/> Autre, précisez
2.6.3 Corticothérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2.6.3.1. Si corticothérapie, Nombre de cure	

2.7. Infection maternelle pendant la grossesse (ayant donné lieu à un traitement) :

Oui Non

Si Oui, compléter le tableau suivant

	2.7.1. Date	2.7.2. Terme de la grossesse (AG)	2.7.3 Germe en cause	2.7.4 Site d'infection	2.7.5 Traitement
Germe 1			1 <input type="checkbox"/> Streptocoques B 2 <input type="checkbox"/> E. Coli 3 <input type="checkbox"/> Pseudomonas 4 <input type="checkbox"/> Entérocoques 5 <input type="checkbox"/> Staphylocoques 6 <input type="checkbox"/> Candida Albicans 7 <input type="checkbox"/> Autres, précisez	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Urinaire 3 <input type="checkbox"/> Sanguin 4 <input type="checkbox"/> Autre	1 <input type="checkbox"/> CLAMOXYL 2 <input type="checkbox"/> GENTAMYCINE 3 <input type="checkbox"/> AUGMENTIN 4 <input type="checkbox"/> ERYTHROMYCINE 5 <input type="checkbox"/> CLINDAMYCINE 6 <input type="checkbox"/> CLAFORAN 7 <input type="checkbox"/> ORAKEN 8 <input type="checkbox"/> ROCEPHINE 9 <input type="checkbox"/> Autre
Germe 2			1 <input type="checkbox"/> Streptocoques B 2 <input type="checkbox"/> E. Coli 3 <input type="checkbox"/> Pseudomonas 4 <input type="checkbox"/> Entérocoques 5 <input type="checkbox"/> Staphylocoques 6 <input type="checkbox"/> Candida Albicans 7 <input type="checkbox"/> Autres, précisez	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Urinaire 3 <input type="checkbox"/> Sanguin 4 <input type="checkbox"/> Autre	1 <input type="checkbox"/> CLAMOXYL 2 <input type="checkbox"/> GENTAMYCINE 3 <input type="checkbox"/> AUGMENTIN 4 <input type="checkbox"/> ERYTHROMYCINE 5 <input type="checkbox"/> CLINDAMYCINE 6 <input type="checkbox"/> CLAFORAN 7 <input type="checkbox"/> ORAKEN 8 <input type="checkbox"/> ROCEPHINE 9 <input type="checkbox"/> Autre

	2.7.1. Date	2.7.2. Terme de la grossesse (AG)	2.7.3 Germe en cause	2.7.4 Site d'infection	2.7.5 Traitement
Germe 3			1 <input type="checkbox"/> Streptocoques B 2 <input type="checkbox"/> E. Coli 3 <input type="checkbox"/> Pseudomonas 4 <input type="checkbox"/> Entérocoques 5 <input type="checkbox"/> Staphylocoques 6 <input type="checkbox"/> Candida Albicans 7 <input type="checkbox"/> Autres, précisez	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Urinaire 3 <input type="checkbox"/> Sanguin 4 <input type="checkbox"/> Autre	1 <input type="checkbox"/> CLAMOXYL 2 <input type="checkbox"/> GENTAMYCINE 3 <input type="checkbox"/> AUGMENTIN 4 <input type="checkbox"/> ERYTHROMYCINE 5 <input type="checkbox"/> CLINDAMYCINE 6 <input type="checkbox"/> CLAFORAN 7 <input type="checkbox"/> ORAKEN 8 <input type="checkbox"/> ROCEPHINE 9 <input type="checkbox"/> Autre

2.8. Pathologie placentaire : Oui Non

2.8.1. Si Oui, Placenta prævia : Oui Non

2.8.2. Hématome rétro placentaire : Oui Non

2.9. Autres complications obstétricales non mentionnées ci-dessus : Oui Non

2.9.1. Si Oui, précisez : _____

III - Pathologie fœtale

3.1. Un diagnostic de retard de croissance a t il été posé en anténatal ? Oui Non

3.2. Autre pathologie (par exemple, anomalie du rythme cardiaque, syndrome transfuseur – transfusé, anomalie du liquide amniotique, ...) : Oui Non

- 3.2.1. Si Oui, précisez :
- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Anasarque | 4 <input type="checkbox"/> Anamnios |
| 2 <input type="checkbox"/> Hydramnios | 5 <input type="checkbox"/> Syndrôme transfuseur/transfusé |
| 3 <input type="checkbox"/> Oligo-amnios | |

IV - Si enfant vivant à la naissance

4.1. Score d'Apgar à 1 minute :

4.2. Score d'Apgar à 5 minutes :

4.3. pH artériel en salle de naissance (au cordon) : ,

4.4. Ventilation au masque ? Oui Non

4.4.1. Si Oui pendant combien de temps min

4.5. Intubation en salle de naissance ? Oui Non

4.5.1. Si Oui à quel moment

__|__| minutes de vie

4.6. Réanimation en salle de naissance ?

Oui Non

4.6.1. Si Oui, Massage cardiaque externe :

Oui Non

4.6.2. ADRENALINE en intratrachéal ?

Oui Non

4.6.3. Pose de cathéter ombilical veineux ?

Oui Non

4.7. Enfant décédé en salle de naissance ?

Oui Non

4.7.1. Si oui à quel moment

__|__| minutes de vie

4.8. Enfant transféré ou muté en néonatalogie ?

Oui Non

4.8.1. Si oui transféré ou muté à quel moment

__|__| minutes de vie

(départ de la salle de naissance)

4.9. Nom du service de néonatalogie de destination : _____

4.10. Affectation au groupe de naissance

INDUIT

Pas de travail

Césarienne avant travail

Déclenchement du travail (définition du déclenchement)

SPONTANE ACCEPTE

Pas de tocolyse ou tocolyse courte pour corticothérapie anténatale (48 h) arrêtée ensuite, quelque soit le mode final d'accouchement (par exemple, césarienne en urgence)

SPONTANE NON ACCEPTE

Tocolyse intensive jusqu'au début du travail

Avec échec de cette tocolyse

Commentaires :

FICHE « SEJOUR EN NEONATOLOGIE »

Principales pathologies présentées (à voir avec le compte rendu d'hospitalisation)

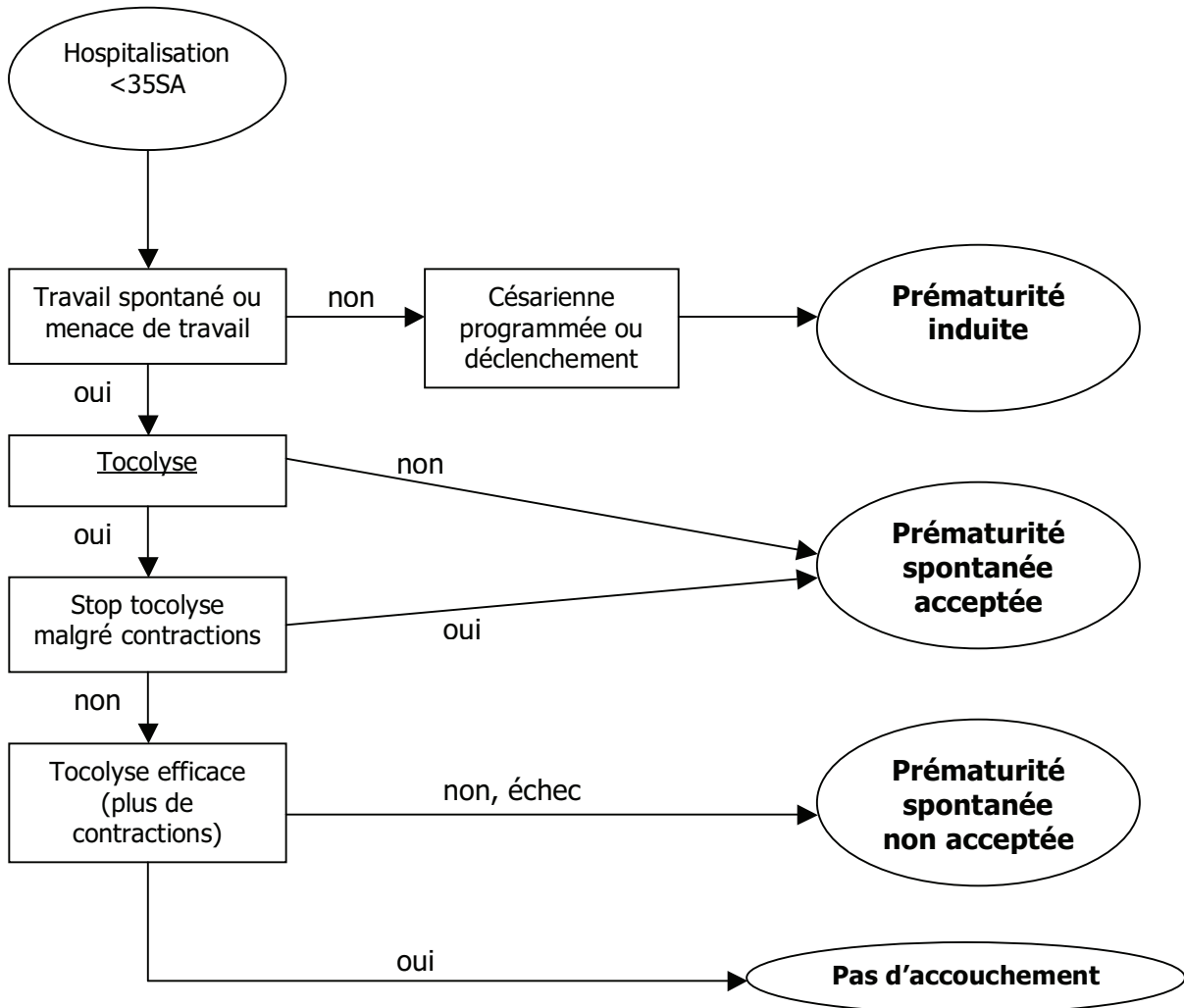
1. Existe t il un retard de croissance à la naissance ? Oui Non
 1.1. Si Oui, objectivé à (Voir dossier néonatalogie) _____percentiles

2. Retard de croissance intra-utérin selon calcul Mamelle : _____percentiles
3. Maladie des membranes hyalines Oui Non
4. Dysplasie broncho pulmonaire (selon Oxygénothérapie à 36 Semaines d'âge post conceptionnel) Oui Non
5. Hémorragie intraventriculaire stade III ou IV Oui Non
6. Leucomalacie périventriculaire kystique Oui Non
7. Entérocolite ulcéro nécrosante Oui Non
8. Infection materno fœtale certaine Oui Non
9. Date de sortie de néonatalogie : _____/_____/_____
10. Date de retour à domicile : _____/_____/_____
11. Existe-t-il une malformation ? Oui Non
 11.1. Si Oui, précisez son type :

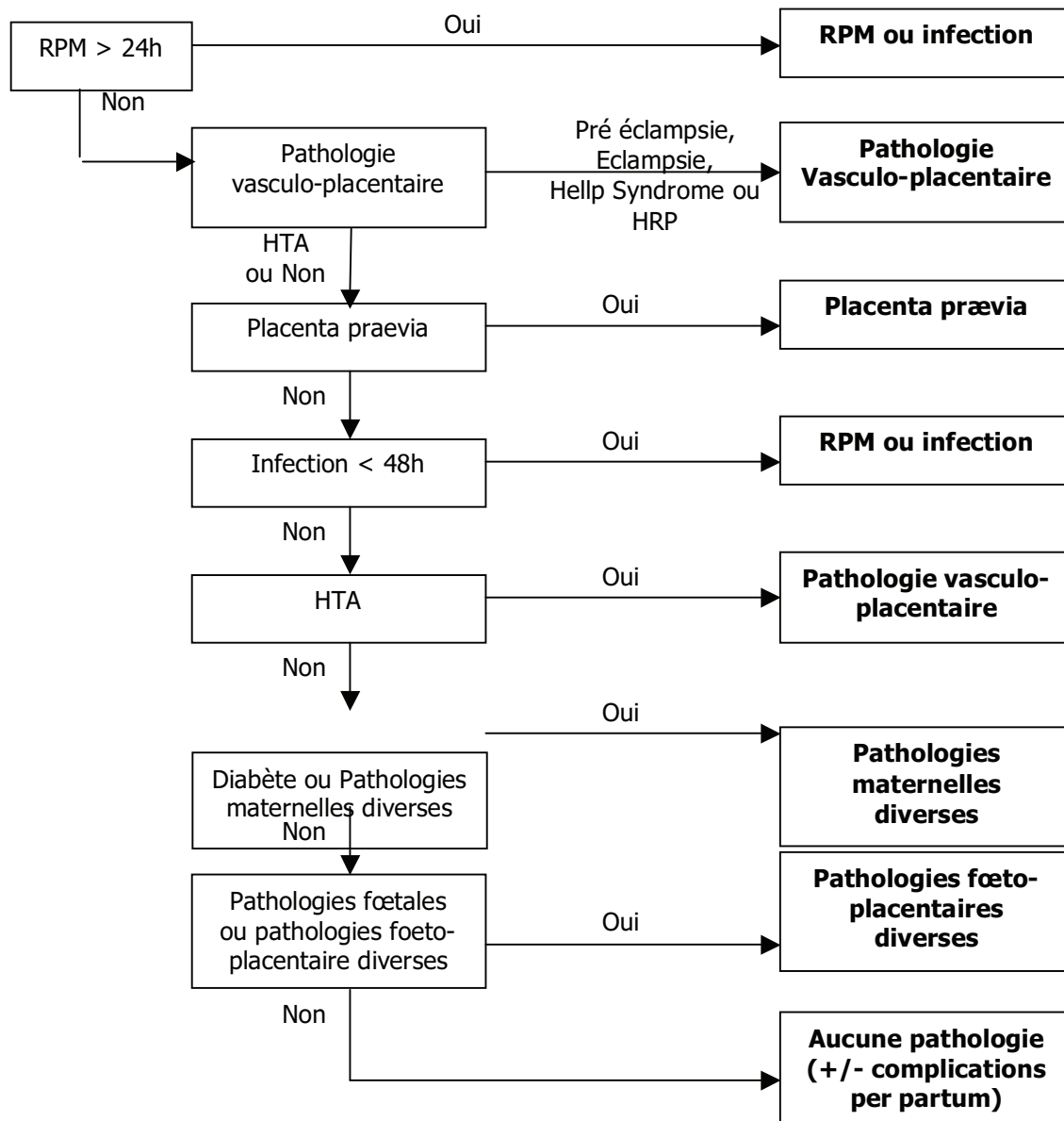
<ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="checkbox"/> Tétralogie de Fallot 2 <input type="checkbox"/> Spina bifida 3 <input type="checkbox"/> Transposition de gros vaisseaux 4 <input type="checkbox"/> Omphalocèle 6 <input type="checkbox"/> Laparoschisis 	<ol style="list-style-type: none"> 7 <input type="checkbox"/> Anomalie de la valve pulmonaire 8 <input type="checkbox"/> Canal atrio-ventriculaire 9 <input type="checkbox"/> Atrésie de l'œsophage 10 <input type="checkbox"/> Anomalie chromosomique 11 <input type="checkbox"/> Autre, précisez
--	---
- 11.2. Cette malformation a t elle été diagnostiquée en anténatal ? Oui Non
12. Enfant décédé en cours d'hospitalisation Oui Non
13. Cause du décès : _____
14. Date du décès : ----- _____/_____/_____
15. Modalités du décès (à revoir avec le pédiatre référent de l'établissement)
 - Décès par limitation des soins intensifs
 - Décès par échec des soins intensifs
16. Parents présents dans le service au moment du décès Oui Non
17. Parents accompagnés par un professionnel « psy » : Oui Non
 psychologue et/ou psychiatre au moment du décès :

Annexe 2 : Algorithme Groupes de prématurité

Les naissances sont classées en trois groupes de prématurité selon le schéma suivant :



Annexe 3 : Algorithme Pathologies obstétricales



Thèse soutenue par : Virginie Delorme

**Titre : Etude des circonstances de naissance prématurée avant 35 SA dans le
sillon alpin : Etude PREMALP**

CONCLUSION

L'étude menée dans les deux réseaux de périnatalité du sillon alpin constitue une première approche d'une classification des naissances prématurées en trois groupes, fondée sur la conduite médicale adoptée. Les classifications binaires proposées antérieurement en distinguant les prématurités consenties ou non consenties aboutissaient à des cas non classables. Notre classification selon les naissances prématurées induites, spontanées acceptées et spontanées non acceptées, montre une certaine pertinence du fait d'une bonne concordance globale entre observateurs, d'une simplicité d'utilisation et de son intérêt pour comparer les pratiques médicales lors des pathologies obstétricales classiques.

Notre étude montre une répartition différente des pathologies obstétricales selon les trois groupes de prématurité. Les pathologies vasculo-placentaires sont surtout représentées dans le groupe des naissances prématurées induites ; les RPM ou infections se répartissent en proportion équivalente dans les groupes des naissances induites et spontanées acceptées, et sont deux fois plus fréquentes que dans le groupe des naissances spontanées non acceptées, traduisant une hétérogénéité des pratiques.

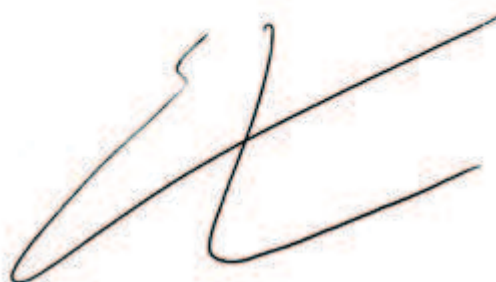
Une étude de plus grande envergure serait intéressante pour confirmer nos résultats et permettre une validation de la classification proposée, ainsi que pour étudier le devenir à moyen et long terme des enfants prématurés, notamment ceux dont la naissance a été induite ou acceptée.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 9 septembre 2009

LE DOYEN,
PROFESSEUR B. SELE

LE PRESIDENT DE THESE,
PROFESSEUR J.P. SCHAAL





Qui dias memorem laudes, repetamque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Étude des circonstances de naissance prématurée avant 35 SA dans le sillon alpin : Étude PREMALP

Résumé

Obectif : Proposer une nouvelle classification de la prématurité en trois groupes, en étudiant une population de prématurés nés avant 35 SA ; décrire cette population et les pathologies obstétricales observées dans chacun des groupes.

Matériels et méthodes : Toutes les naissances prématurées (NP) entre 22 et 34+6 SA, vivantes ou non, survenues dans deux réseaux périnataux sur une période de 21 mois ont été répertoriées. Chaque cas a été affecté à un groupe de prématurité : prématurité induite (I), spontanée acceptée (SpA) et spontanée et non acceptée (SpNA).

Résultats : 1060 cas de NP ont été inclus, dont 981 naissances vivantes et décès per partum. 49% de ces NP sont induites, 32% correspondent à des naissances SpA et 19% à des naissances SpNA. La répartition des pathologies obstétricales est différente selon les groupes de prématurité : les pathologies vasculo-placentaires représentent 38,2% des NP induites ; les ruptures prématurées des membranes sont deux fois plus représentées dans les groupes I et SpA que dans le groupe SpNA.

Conclusion : La classification proposée est fondée sur la décision médicale, et permet de comparer les pratiques médicales selon les situations obstétricales rencontrées. Elle apparaît reproductible et simple d'utilisation.

Mot-clés : prématurité, classification, prématurité induite, prématurité spontanée acceptée, prématurité spontanée non acceptée, pathologies obstétricales.