

I/ PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE :

1) Problématique :

Mon travail s'inscrit dans les suites de l'étude comparative des patientes ayant rompu prématurément suivies en hospitalisation à domicile et celles suivies en hospitalisation conventionnelle réalisée à Jeanne de Flandres et à Valenciennes dans l'étude de Garabedian & al. Dans cette étude, huit patientes (20%) suivies à Jeanne de Flandres n'ont pas souhaité bénéficier de l'hospitalisation à domicile alors qu'elles y étaient éligibles, préférant ainsi suivre le parcours d'hospitalisation traditionnelle (29). De cette étude s'est alors dégagée la problématique de mon mémoire : « Quel est le motif de non sortie en hospitalisation à domicile des patientes éligibles suivies pour rupture prématurée des membranes ? »

2) Objectifs :

L'étude permettra de déterminer les motifs de non sortie en hospitalisation à domicile et ainsi de mieux définir les critères d'exclusion au suivi en HAD. Le but sera alors d'apporter mon aide dans le cadre de l'amélioration du protocole concernant la sortie en HAD des patientes ayant rompu prématurément les membranes.

3) Hypothèses :

Ces dernières années, est apparue une demande grandissante de la population à être suivie à son domicile. C'est pourquoi, ma première hypothèse est que la majorité des motifs de non sortie en HAD sera donc d'origine médicale et non par demande de la patiente. Ma seconde hypothèse est que la majorité des motifs médicaux retenus concerneront l'anamnios, la chorioamniotite et la menace d'accouchement prématuré.

II/ METHODOLOGIE DE L'ETUDE :

1) Type d'étude, période et population d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les patientes ayant rompu prématurément les membranes, hospitalisées à la maternité Jeanne de Flandre (CHRU de Lille, Niveau III) entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2014.

Cette période a été choisie ainsi car 2009 correspond à la date de création du service d'Hospitalisation à Domicile dans la métropole Lilloise, et, commençant mon recueil de données en juillet 2015, je devais donc me limiter à l'année précédente, soit 2014. La population analysée dans cette étude est constituée des patientes éligibles à un suivi en Hospitalisation à Domicile, mais étant restées en Hospitalisation Continue.

Les critères d'inclusion sont :

- les grossesses monofoetales, entre 24 et 35 semaines d'aménorrhée
- accouchement plus d'une semaine après la date de rupture
- des critères de géolocalisation les rendant éligibles à une sortie en Hospitalisation à Domicile [ANNEXE 2]

- Quel que soit la quantité de liquide restante et le type de présentation. Les patientes ne répondant pas à ces critères ou sorties en Hospitalisation à Domicile étaient alors exclues de l'étude.

Ces critères ont été élaborés ainsi car :

- le protocole de prise en charge des ruptures prématurées avant 24 semaines est totalement différent
- après 35 SA, aucune sortie en HAD n'est possible. D'une part car 90% des patientes accoucheront moins d'une semaine après la date de rupture et d'autre part parce que si cela n'est pas le cas, le déclenchement artificiel du travail sera alors mis en place
- La grande majorité des patientes accoucheront dans la semaine qui suit la rupture des membranes et ne seront donc pas éligibles à un suivi en HAD
- Le fait de faire sortir en HAD même les patientes avec une quantité de liquide diminuée voire absente, et les positions fœtales autres que céphalique représente l'originalité du programme Lillois. Le but étant d'analyser si la sécurité de ce type de prise en charge est également prouvée pour ce type de patientes.

2) *Recueil de données :*

a) *Méthode :*

Les données ont été recueillies de façon rétrospective à partir des dossiers médicaux de chacune des patientes éligibles entre 2009 et 2014. Une pré-liste m'a été transmise par le département de gestion de l'information et de la documentation (DGID) regroupant les critères suivants :

- Période du 1^e janvier 2009 au 31 décembre 2014
- Patientes ayant eu une rupture prématurée des membranes entre 24 et 35 semaines d'aménorrhée
- Patientes étant restées hospitalisées jusqu'à leur accouchement
- Période d'au moins 7 jours entre la date d'hospitalisation et la date d'accouchement.

Le recueil s'est déroulé du 1^e octobre 2015 au 1^e mars 2016. Chacune des variables recueillies a été saisie par ordinateur dans un tableau à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel2010®.

Les autorisations préalables du recueil de données ont été accordées par le Professeur D. Subtil, chef du pôle de Gynécologie-Obstétrique, Mme E. Treca, cadre Sage-Femme Supérieure, et par Mme A. Lemmens cadre responsable du service de Pathologie Materno-Fœtale.

b) *Analyse des données :*

Les données ont été analysées par Madame N. Ramdane de l'Unité de Biostatisticien du CHRU de Lille à partir du logiciel de traitement SAS 9.4.

3) *Résultats de l'Etude :*

667 patientes ont été suivies durant la période pour RPM. 147 sont sorties en HAD et 80 sont restées en hospitalisation. 36 patientes ont été exclues de l'étude :

- 29 vivaient hors du secteur couvert par le service d'Hospitalisation à Domicile du CHRU de Lille (Hopidom)
- 7 grossesses étaient multiples

Au final, 44 patientes étaient éligibles à une prise en charge par le service d'Hospitalisation à Domicile mais sont finalement restées en Hospitalisation Conventionnelle.

a) Renseignements généraux :

Caractéristiques de la population (tableau 1)

Cette étude comprenait un effectif de 44 patientes dont l'âge médian était de 30.57 ans, allant de 19 à 43 ans. La parité variait entre 1 et 8, avec une médiane à 2.64.

On retrouvait également 84.1% des femmes qui étaient en couple, contre 15.90% célibataires. L'absence de profession représente la catégorie socio-professionnelle la plus représentée avec 63.64% de l'effectif.

La rupture prématurée des membranes avait déjà été rencontrée par le passé pour 2.27% des patientes, 15.91% avaient quant-à-elles eu un antécédent de menace d'accouchement prématuré. En ce qui concerne la grossesse actuelle, elle était marquée pour 20.45% de la population par la présence d'un diabète, et pour 20.45% de la population par une menace d'accouchement prématuré avant le diagnostic de RPM.

La Rupture Prématurée des Membranes s'était produite à un terme moyen de 28 SA + 4.8 jours ± 3 SA + 1.69 jours, avec un minima de 24 SA et un maxima de 34 SA + 5 jours (tableau 1).

A noter qu'une patiente ayant rompu prématurément à 24 SA souffrait de la maladie d'Ehlers-Danlos, pathologie du tissu conjonctif responsable d'une fragilisation du collagène des membranes fœtales.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population (n=44)	
Age maternel	30.57 [19-43]
Parité	2.64 [1-8]
IMC* (kg/m²)	25.93 [16-51]
Situation matrimoniale	
Célibataire	7 (15.90)
En couple	37 (84.1)
Catégorie Socio-Professionnelle	
profession intermédiaire	6 (16.64)
employés	10 (22.73)
sans profession	28 (63.64)
Tabagisme actif	14 (31.82)
Antécédent de Rupture prématuré des Membranes	1 (2.27)
Antécédent de Menace d'Accouchement prématuré	7 (15.91)
Antécédent de Prématurité	3 (6.82)
Antécédent de Fausse Couche ≥ 3	3 (6.82)
Antécédent de Mort in Utéro	2 (4.55)
Diabète	
Gestationnel	6 (66.67)
Diabète de type 1	1 (11.11)
Diabète de type 2	2 (22.22)
Menace d'accouchement Prématuré avant le diagnostic de RPM	9 (20.45)
Placenta Inséré Bas	3 (6.82)
Hydramnios	2 (4.56)
Pathologie Fœtale	
RCIU*	4 (9.09)
Malformation	2 (4.55)
Données représentée comme Médiane [Q1-Q3] ou n (%)	
<i>IMC = Indice de Masse Corporel ; RCIU = Retard de Croissance Intra Utérin</i>	

Caractéristiques au moment de la rupture prématurée des membranes (tableau 2) :

Le jour de la rupture prématurée des membranes, 19 patientes (43.18%) n'avaient pas eu de toucher vaginal. Les patientes ayant été examinées retrouvaient un col fermé pour 68% d'entre elles.

Avant l'hospitalisation, une échographie était réalisée afin de déterminer la quantité de liquide restante : 43.18% des patientes avaient alors d'une quantité de liquide qualifiée de « normale » par l'échographiste. Par contre, celle-ci était diminuée pour 31.82% des patientes, voire totalement absente pour 20.45% d'entre-elles.

A noté, qu'une patiente n'a pas eu d'analyse de la quantité de liquide lors de son échographie d'entrée.

Cette échographie permettait également de diagnostiquer la présentation fœtale : celle-ci était majoritairement céphalique pour 61.36% de notre population.

Selon le protocole, un examen cytbactériologique des urines et un prélèvement vaginal étaient réalisés : ceux-ci étaient positifs pour respectivement 6 (15%) et 16 patientes (40%). Ils n'avaient pas été réalisés pour 9.09% des patientes (n=4).

Durant l'hospitalisation, le nombre médian de toucher vaginal réalisé était de 1 : 4 patientes (9.09%) n'avaient pas été examinées durant leur séjour, 20 (45.45%) avaient eu 1 toucher vaginal, 9 (20.45%) en avaient eu 2 et 11 patientes (25%) avaient eu 3 TV ou plus.

Le nombre médian d'échographies par patiente était de 2 : 5 patientes (11.36%) n'en avaient pas eu durant leur séjour, 13 patientes (29.54%) avaient eu une échographie, 14 en avaient eu 2 (31.81%) et 12 (27.27%) en avaient eu 3 et plus.

Vingt-trois patientes (52.27 %) avaient eu une échographie du col lors de leur admission : pour huit d'entre-elles (34.78%), le col avait une longueur ≤ 25 mm. La longueur médiane du col chez les patientes était de 30 mm \pm 13.28 avec un minima à 7 mm et un maxima à 55 mm. Sept patientes (15.91 %) avaient eu une échographie du col en service de Pathologie materno-fœtale : 5 patientes (11.36%) en avaient eu une, et 2 patientes (4.55%) en avaient eu 2.

Durant leur séjour :

- 19 patientes (43.18%) n'avaient eu aucune cure de tocolyse, 8 (18.18%) en avaient eu une, et 17 (38.64%) en avaient eu 2 et plus.

- La quasi-totalité des patientes avaient eu au moins une cure de corticoïdes : 27 patientes (61.36%) en avaient eu une et 16 patientes (36.36%) en avaient eu 2. Une seule patiente n'a pas eu de corticothérapie durant son hospitalisation, pourtant celle-ci avait rompue à 25 SA et avait accouché 8 jours plus tard.

- 18 patientes (40.91%) n'ont eu qu'une antibiothérapie, 14 patientes en ont eu 2 (31.82%) et 12 patientes en ont eu 3 durant leur séjour (27.27%).

La durée moyenne de l'hospitalisation en service de pathologie materno-fœtale était de 15.45 jours [8-17.50].

Tableau 2 : Caractéristiques au moment de la RPM	
Toucher vaginal :	
Dilatation (en cm) n= 25/44	
col fermé	17 (68.00)
1 cm	4 (16.00)
2 cm	4 (16.00)
Echographie :	
Présentation fœtale :	
Céphalique	27 (61.36)
Podalique	14 (31.82)
Transverse	3 (6.82)
Quantité de liquide :	
Anamnios	9 (20.45)
Oligoamnios	14 (31.82)
Normal	19 (43.18)
Hydramnios	1 (2.27)
Non décrit	1 (2.27)
Poids Fœtal Estimé	
10 ^e p < PFE* < 90 ^e p	35 (79.55)
PFE* < 10 ^e p	9 (20.46)
Echographie du col à l'entrée	
longueur cervical ≤ 25 mm	8 (34.78)
Placenta Inséré Bas	6 (13.64)
Prélèvement vaginal positif à l'entrée	16/40 (40.00)
ECBU* Positif à l'entrée	6/40 (15.00)
Réadaptation de l'antibiothérapie en fonction du résultat du PV* / ECBU*	6 (13.64)
Données représentée en n (%)	
<i>PFE= Poids Fœtal Estimé (exprimé en percentiles) ; PV = Prélèvement Vaginal ; ECBU = Examen Cytobactériologique des Urines</i>	

Complication durant le séjour (tableau 3) :

L'une des complications les plus fréquemment retrouvée est la menace d'accouchement prématuré (61.36%). Elle avait également compliqué de précédentes grossesses pour 3 patientes (11.11%).

Pour certaines patientes, d'autres complications étaient également associées à cette MAP : 10 patientes présentaient un anamnios (37.04%) et une chorioamniotite avait été diagnostiquée à la placentoculture pour 5 d'entre-elles (18.52%).

L'examen de référence afin de diagnostiquer la sévérité de cette pathologie est l'échographie du col : celui-ci avait été réalisé lors de l'admission pour 15 patientes (55.56%). Parmi elle, 6 patientes avaient un col ≤ 25 mm (22.23%), signe de sévérité.

Onze de ces patientes avaient eu un toucher vaginal durant leur séjour (40.74%), 8 en avaient eu 2 (29.63%) et 7 en avaient eu 3 ou plus (25.93%). Une patiente n'avait quant à elle jamais été examinée (3.70%).

Afin d'empêcher la survenue d'un accouchement prématuré, une cure de tocolyse avait été réalisée pour 5 patientes (18.52%). Douze patientes avaient eu 2 cures et plus (44.44%). Cependant, 10 patientes (37.04%) n'ont quant-à-elles jamais eu ce traitement.

La rupture prématurée des membranes s'est également compliquée d'un anamnios dans 45.45% des cas. Celui-ci s'est associé à une menace d'accouchement prématuré pour 10 patientes, soit 50% des cas. On a également diagnostiqué pour 7 de ces patientes (35%) la présence d'une chorioamniotite lors de la placentoculture.

Un contexte de souffrance fœtale a également été associé à la présence d'un anamnios pour 5 fœtus, comme par exemple des anomalies du rythme cardiaque fœtal (25%) ou un retard de croissance intra utérin (25%). Enfin, des métrorragies, ainsi qu'un hématome décidual ont également été retrouvés pour respectivement 25% (n=5) et 20% des cas (n=4).

Durant l'hospitalisation, onze chorioamniotites avaient été diagnostiquées (25%). Cependant, 25 cas de chorioamniotite avaient été diagnostiqués à posteriori lors de l'examen du placenta (soit 44% de diagnostic clinique).

Dans les cas où une chorioamniotite avait été retrouvée à la placentoculture (n=25), on retrouvait lors de l'admission : une CRP > 6 pour 12 patientes (48%), des leucocytes > 12000 pour 11 patientes (44%), un prélèvement vaginal positif pour 10 patientes (40%) et un ECBU positif pour 4 patientes (16%). A noté que 3 patientes avaient à la fois un prélèvement vaginal et un ECBU positif (12%).

Durant le séjour, on avait également retrouvé une augmentation de la CRP pour 14 patientes (56%), 19 femmes présentant une CRP positives lors du dernier prélèvement réalisé avant la naissance (76%) et 5 cas d'hyperthermie (20%)

Pour ces vingt-cinq patientes, la médiane des touchers vaginaux était de 1 : une patiente n'avait pas été examinée (4%), quatorze avaient été examinées une fois (56%), et dix patientes avaient été examinées 2 fois et plus (40%).

Le nombre médian d'antibiothérapie était de 2 : 11 patientes en avaient eu une (44%), 5 patientes en avaient eu deux (20%) et 9 patientes en avaient eu 3 (36%).

Parmi les patientes dont la chorioamniotite avait été diagnostiquée à la placentoculture, treize avaient eu une menace d'accouchement prématuré (52%).

Le jour de la rupture prématurée des membranes, 14 patientes avaient leur fœtus en position podalique (31.82%). Chez ces patientes, on avait retrouvé : 12 cas de menaces d'accouchements prématurés (85.72%), 5 cas d'anamnios (35.71%), 6 cas d'oligoamnios (42.86%), 8 de métrorragies (57.14%) et 2 cas de chorioamniotites (14.29%). 100% des patientes associant présentation podalique et anamnios ont eu une menace d'accouchement prématuré. C'est également dans cette population qu'a eu lieu le cas d'hématome rétroplacentaire et deux cas de procidence du cordon.

Ainsi, trois procidences (6.82%) sont survenues durant l'hospitalisation des patientes.

La première s'est produite à 26SA et 1 jour après 8 jours d'hospitalisation, dans un contexte d'oligoamnios sur un siège décomplété. Une césarienne en urgence a permis la naissance d'un garçon pesant 900g. L'Apgar à 5 minutes a été coté à 9, avec un pH artériel mesuré à 7.27 (l'analyse du pH veineux n'ayant pas pu être effectuée).

Une autre s'est produite à 30SA+4 jours après 7 jours d'hospitalisation dans un contexte d'anamnios sur un fœtus se présentant en siège décomplété. Une césarienne en urgence a été réalisée permettant la naissance d'une fille avec un Apgar à 5 minutes coté à 8 et un pH à 7.25/7.40.

Enfin la dernière s'est produite à 34 SA après 14 jours d'hospitalisation chez un fœtus ayant une présentation céphalique, dans un contexte d'oligoamnios. Une césarienne en urgence a permis la naissance d'une fille de 2590g d'Apgar à 5 minutes coté à 9 et un pH à 7.38/ 7.43.

L'Hématome Rétro Placentaire (HRP) s'est produit à 27 SA après 14 jours d'hospitalisation dans un contexte d'anamnios, de menace d'accouchement prématuré et d'un hématome

décidual. Il n'y a pas eu de chorioamniotite diagnostiquée à la placentoculture. L'enfant de sexe masculin est né par césarienne en urgence avec un Apgar côté à 8 et un pH à 7.28/ 7.34.

Tableau 3: Complications durant le séjour	
Hyperthermie	6 (13.64)
Obstétricales	
Anamnios	20 (45.45)
MAP*	27 (61.36)
Procidence	3 (6.82)
Maternelles	
Chorioamniotite	11 (25.00)
Métrorragies	14 (31.82)
Fœtales	
ARCF*	12 (27.27)
RCIU*	7 (15.91)
Doppler pathologique	5 (11.36)
HRP*	1 (2.27)
Hématome décidual	4 (9.09)
Données représentée en n (%)	
<i>MAP = Menace d'Accouchement Prématuro ; ARCF = Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal ; RCIU = Retard de Croissance Intra Utérin ; HRP = Hématome Rétro Placentaire</i>	

b) Motif de non sortie en Hospitalisation à Domicile :

Motif de non sortie en Hospitalisation à Domicile (tableau 4) :

Trente patientes (68.18%) avaient un seul motif de non sortie, 8 patientes (18.18%) en avaient 2, 2 patientes (4.55%) en avaient 3 et 4 patientes (9.09%) en avaient 4 et plus.

Huit patientes (18.60%) combinaient plusieurs motifs médicaux de non sortie et 3 patientes (6.98%) avaient quant à elles plusieurs motifs psycho-socio-environnementaux de non sortie. Enfin, quatre patientes (9.30%) avaient à la fois des motifs médicaux et psycho-socio-environnementaux pour motif de non sortie en Hospitalisation à Domicile.

Parmi les patientes non sorties pour motif unique, 7 (24.14%) ne l'avaient pas été pour uniquement des motifs psycho-socio-environnementaux et 22 (75.86%) uniquement pour des motifs médicaux.

Dix patientes (23.26%) étaient non sorties uniquement pour un ou plusieurs motifs médico-socio-environnementaux : cinq d'entre elles (50%) avaient évoqué être trop anxieuses pour vouloir sortir en HAD, 4 patientes (40%) étaient isolées ou avaient un manque de soutien de la part de leur entourage familial et 3 patientes (30%) avaient un logement incompatible avec un suivi en HAD. Enfin, une personne (10%) vivait dans une situation de précarité et une autre patiente (10%) se sentait incapable de se prendre en charge seule.

Tableau 4 : motif de non sortie en Hospitalisation à domicile	
Obstétrical	21 (47.73)
Anamnios	7 (15.91)
Oligoamnios	2 (4.55)
MAP*	11 (25.00)
Terme de 34 +5	1 (2.27)
Maternel	11 (25)
Chorioamniotite	4 (9.09)
Métrorragie	4 (9.09)
Autre : Pré éclampsie, cholestase	3 (6.82)
Fœtal	13 (29.55)
ARCF*	6 (13.64)
RCIU*	4 (9.09)
Doppler pathologique	3 (6.82)
Motif psycho-socio-environnemental :	13 (29.55)
anxiété	5 (11.37)
incapacité d'auto prise en charge	4 (9.09)
manque de soutien familial /	4 (9.09)
isolement	
logement incompatible avec la prise	4 (9.09)
en charge en HAD	
situation sociale précaire	4 (9.09)
saturation du service d'HAD	1 (2.27)
Données représentée en n (%)	
<i>MAP = Menace d'Accouchement Préaturé ; ARCF = Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal ; RCIU = Retard de Croissance Intra Utérin ; HRP = Hématome Rétro Placentaire ; HAD = Hospitalisation à Domicile</i>	

c) Naissance, devenir maternel et néonatal :

Fin de grossesse (tableau 5) :

Deux tiers des patientes se sont mises en travail spontanément. Le taux de césarienne était de 36,36% avec la réalisation de 13 avant travail (soit 81.25% des césariennes) pour contre-indication de voie basse (n=3), anomalie du rythme cardiaque fœtal (n=3), procidence (n=3), hématome rétroplacentaire (n=2), et une pour chorioamniotite à 27 SA et 6 jours. Une césarienne avait également été réalisée avant la mise en travail pour un fœtus présentant Retard de Croissance Intra Utérin sévère à 31 SA, compliqué de dopplers pathologiques.

Les saignements moyens à l'accouchement étaient de 424.8 ml ±937.6 avec un minimum de 50 ml et un maximum de 6L.

Tableau 5 : fin de grossesse	
Déclenchement	3 (6.98)
Motif de déclenchement	
Terme	1 (2.27)
ARCF*	2 (66.67)
Travail spontané	28 (63.64)
Naissance	
AVB*	28 (63.64)
Césarienne	16 (36.36)
Césarienne avant travail	13 (29.55)
Césarienne pendant travail	3 (6.82)
ARCF*	2 (66.67)
Dystocie cervicale	1 (33.33)
Données représentée en n (%)	
<i>ARCF = Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal ; AVB = Accouchement par Voie Basse</i>	

La majorité des patientes (81.82%) n'avaient eu aucune complication lors des suites de naissance. La complication du post-partum la plus fréquemment rencontrée était l'endométrite, retrouvée pour 7 patientes (15.91%). Celle-ci s'était produite pour 3 cas dans un contexte de chorioamniotite retrouvée à la placentoculture (42.86%)
La durée d'hospitalisation maternelle était en moyenne de 5.66 ± 2.61 jours [8-17.50]

Le terme de naissance médian des nouveau-nés étaient de 31 SA, avec un minima à 25 SA +5 jours, et un maxima à 36 SA.
Huit nouveau-nés avaient présenté un Apgar à 5 minutes inférieur à 7 (18.18%), le pH artériel médian était de 7.33, avec un minima à 7.18 et un maxima à 7.45.
La majorité des enfants (n= 38 ; 88.37%) avaient été transférés à la naissance : 32 d'entre eux en service de réanimation néonatale (84.21%) et 6 avaient été suivis en soins intensifs (15.79%). 37 enfants (84.09%) avaient alors présenté des complications lors des premiers jours de vie. Les complications les plus fréquemment retrouvées étaient la détresse respiratoire pour 21 enfants (47.73%), la maladie des membranes hyalines chez 20 nouveau-nés (45.45%) ainsi que l'hémorragie intra ventriculaire pour 14 enfants (31.82%).

La présence d'un anamnios avait compliqué la grossesse de 12 des nouveau-nés ayant souffert d'une maladie des membranes hyalines (60%) et de 9 ayant eu une détresse respiratoire à la naissance (42.86%).

De plus, une chorioamniotite à la placentoculture avait été retrouvée chez huit nouveau-nés ayant eu une infection néonatale (72.73%), neuf nouveau-nés ayant eu un liquide gastrique positif à la naissance (81.82%) et six nouveau-nés ayant souffert d'un sepsis à la naissance (66.67%)

La durée moyenne d'hospitalisation du nouveau-né était de 46.94 jours \pm 42.10 jours [17-59]. Celle-ci n'a pu être trouvée que pour 33 cas. Pour les autres cas, la durée est inconnue car les nouveau-nés ont été transférés vers d'autres maternités et les informations n'ont pas été retrouvées dans le dossier médical ni dans le logiciel de traitement informatique des données médicales.

Deux nouveau-nés sont malheureusement décédés durant cette étude :

- le 1^{er} décès était survenu après 1 mois et 22 jours de vie. La mère avait rompu à 28SA + 5 jours causant la présence d'un anamnios. La survenue d'une menace d'accouchement prématuré échappant à la tocolyse avait causé la naissance d'un petit garçon de 1400g à 29SA +3 jours. La trop grande importance de complications (détresses respiratoires, maladie des membranes hyalines, sepsis, entérocolite ulcéro nécrosante et

hémorragie intra ventriculaire) avait conduit l'équipe médicale ainsi que les parents à décider un arrêt des soins pour cet enfant.

- le second décès était survenu dans un contexte de rupture prématurée des membranes à 26 SA+1 jour responsable d'un anamnios et d'une chorioamniotite. Un accouchement par voie basse avait donc permis la naissance d'une petite fille pesant 540g, décédée après quelques minutes de vie au bloc obstétrical pour absence de mouvements respiratoires.

Tableau 6 : Issues Maternelles et Néonatales :

Maternelles :	
Absence de complications	36 (81.82)
Endométrite	7 (15.91)
Fièvre	2 (4.55)
Pathologie thromboembolique	0 (0.00)
Transfert maternel	4 (9.09)
Néonatales :	
Terme de naissance (SA)	31 SA [28 SA+2j-33SA+3j]
Poids de Naissance	1355 [1010-2050]
Sexe	
féminin	21 (47.73)
masculin	23 (52.27)
Apgar à 5 minutes < 7	8 (18.18)
pH artériel	7.33 [7.28-7.38]
Transfert du Nouveau-né	38 (88.37)
soins-intensifs	6/38 (15.79)
réanimation néonatale	32/38 (84.21)
Absence de complications néonatales	7 (15.91)
Complications Néonatales	37 (84.09)
Détresse respiratoire	21 (47.73)
Maladie des membranes hyalines	20 (45.45)
Sepsis	9 (20.45)
Entérocolite Ulcéro Nécrosante	1 (2.27)
Hémorragie Intra Ventriculaire	14 (31.82)
Hypertension Artérielle Pulmonaire	3 (6.82)
Décès	2 (4.55)
Infection Materno-fœtale	11 (27.50)
Liquide Gastrique positif	11 (27.50)
Données représentée comme Médiane [Q1-Q3] ou n (%)	