

2018-2019

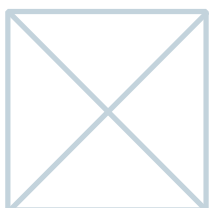
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Menace d'Accouchement Prématuré

Audit de Pratique de la prise en charge au cours
de l'hospitalisation et du retour à domicile

Echivard Margot |

Sous la direction du Pr. Guillaume Legendre |



Soutenu publiquement le :
Mardi 28 Mai 2019



L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

Je remercie Mr Legendre pour m'avoir guider dans mon travail et m'avoir relu,

Je remercie également toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de ce mémoire,

Toute l'équipe enseignante de l'école RENE ROUCHY pour leur accompagnement durant cette quatre années,

ma famille : ma maman pour son aide, mon papa et mes frères pour leur présence,

Mes amies pour ces 4 splendides années !

Sommaire

INTRODUCTION

1. Définition

- 1.1. Etiologies
- 1.2. Epidémiologie et Facteurs de risque

2. Justification

MATERIEL ET METHODE

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

2. Cas cliniques

- 2.1. Cas clinique 1
- 2.2. Cas Clinique n°2
- 2.3. Cas clinique n°3

3. Comparaison des réponses

- 3.1. La prise en charge
- 3.2. Les critères de sortie et le suivi à domicile
- 3.3. Comparaison des réponses selon les caractéristiques de la population

DISCUSSION

GLOSSAIRE

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1-QUESTIONNAIRE

ANNEXE 2

ANNEXE 3

ANNEXE 4

TABLE DES TABLEAUX

Introduction

1. Définition

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est définie comme l'association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses survenant entre 22 et 36 semaines d'aménorrhées (SA) et 6 jours(1). Si ce tableau clinique persiste on parle alors de travail prématuré(2). La MAP peut conduire à l'accouchement prématuré soit de manière naturelle soit de manière induite (décision médicale).

Dans 30 à 50% des cas, l'accouchement est consécutif à un travail spontané et dans 6 à 40%, il est consécutif à une rupture prématurée des membranes(3).

La prématurité(4) est définie comme étant une naissance d'un enfant né vivant avant 37 SA. Trois catégories la composent :

- La prématurité extrême (naissance avant 28 SA)
- La grande prématurité (naissance entre 28 et 32 SA)
- La prématurité moyenne (naissance entre 32 et 37 SA)

La prématurité expose l'enfant à des complications notamment respiratoires et neurologiques(5).

Le diagnostic de la MAP peut être complexe. La valeur prédictive du diagnostic est très fiable dans les extrémités. Dans les autres cas, le diagnostic est difficile. Une échographie de col peut être réalisée. Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF), les seuils de longueur discriminant la MAP sont entre 15 et 25 mm(1).

Un toucher vaginal peut être réalisé dans le cadre du diagnostic mais il n'est pas recommandé en systématique chez les patientes à risque sans symptômes. La tocométrie externe n'est pas prédictive d'accouchement prématuré même si elle détecte des contractions(6). Une fois le diagnostic réalisé, le but de la prise en charge est donc de prolonger la grossesse sans signes de souffrance fœtale pour améliorer le devenir néonatal de l'enfant.

1.1. Etiologies

De nombreuses étiologies peuvent expliquer la MAP, celles-ci sont souvent associées entre elles. La première cause retrouvée est la rupture prématurée des membranes.

Nous savons également, selon une étude(7), que plus de 33% des patientes en travail prématuré ont une infection intra-amniotique asymptomatique telle que la chorioamniotite. D'autres infections, notamment vaginales, sont pourvoyeuses de MAP.

Nous retrouvons également les anomalies utérines et placentaires (Placenta Praevia, hématomes rétroplacentaires, incompétences cervico-isthmiques) ainsi que des causes liées à la grossesse (grossesses multiples, pathologies maternelles (hypertension, diabète, pré-éclampsie), pathologies

hémorragiques, facteurs immunologiques) dont la prématurité est surtout induite. Cependant dans de nombreux cas, aucun facteur de risque n'est retrouvé et la MAP est idiopathique(7).

Les facteurs socio-économiques, psychologiques, et environnementaux, interviennent également dans la survenue de la MAP mais de manière plutôt secondaire et associés à d'autres facteurs(6).

1.2. Epidémiologie et Facteurs de risque

La prématurité représente, d'après l'OMS(4), 15 millions d'enfants.

Les recommandations de pratiques cliniques(1) définissent deux groupes :

- Les patientes à bas risque n'ayant pas d'antécédent d'accouchement prématuré
- Les patientes à haut risque avec un antécédent d'accouchement prématuré, dont les causes sont souvent reproductibles.

La littérature nous permet de faire ressortir certains groupes à risque comme les patientes issues de milieux sociaux défavorisés, le jeune âge maternel, la petite taille, le poids faible, l'IMC (indice de masse corporel) bas ou le tabagisme. Il est également mis en évidence que le travail intensif ainsi que les grossesses rapprochées augmentent le risque de prématurité.

Dans le plan de périnatalité de 2016(8), il a été mis en évidence que le taux de prématurité (induite et naturelle) a augmenté de 2% depuis 1998. En France, la prématurité représente 7,4% des naissances. La moitié est due à une prématurité spontanée et l'autre moitié à une prématurité induite. Le travail prématuré à membranes intactes représente aujourd'hui un tiers des accouchements prématurés(7). Dans ce même plan, 5,4% des patientes auraient eu une MAP nécessitant une hospitalisation, 32% d'entre elles étaient à 32 SA et plus et 30,5% étaient entre 28 et 31 SA.

2. Justification

Le Collège des gynécologues obstétriciens de France(6) spécifie clairement qu'il n'y pas de recommandations émises sur la sortie d'hospitalisation des menaces d'accouchement prématuré. Jusqu'à ce jour, aucune étude de pratique n'a évalué le prise en charge au cours de l'hospitalisation et du retour à domicile de la MAP.

Selon l'HAS, après stabilisation, une patiente peut bénéficier d'une hospitalisation à domicile, dont les conditions d'application sont laissées à l'appréciation du gynécologue obstétricien la prenant en charge. Cette prise en charge prenant fin à 36-37 SA(9).

Face à l'absence de recommandation et de consensus dans la prise en charge de la MAP, quelle est la prise en charge réalisée dans le cadre d'une hospitalisation puis du retour à domicile ?

De ce fait, l'objectif principal de cette étude multicentrique auprès des gynécologues-obstétriciens des pays de la Loire appartenant au Réseau Sécurité Naissance était de faire ressortir un consensus sur la prise en charge, les critères de sortie et le suivi à domicile dans le cadre de la MAP.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative prospective par auto-questionnaire, multicentrique auprès des gynécologues obstétriciens des Pays de la Loire appartenant au Réseau Sécurité Naissance (RSN). L'étude a été menée du 8 décembre 2018 au 18 Mars 2019.

La population source était constituée par les gynécologues obstétriciens et la population cible était ceux qui appartenaient à la mailing-list du RSN. Le questionnaire a été envoyé via la mailing du réseau sécurité naissance.

Nous avons réalisé un envoi avec 2 rappels. L'envoi a été réalisé le 8 décembre 2018, le 1^{er} rappel le 16 Janvier 2019 et le 2nd rappel le 25 Février 2019

L'auto-questionnaire présenté en **annexe 1** était anonyme et constitué de 4 parties :

- Une première partie introductive permettant de définir les caractéristiques de la population cible qui répondait telles que le sexe, l'âge, le type d'exercice, le niveau de la maternité dans le cadre d'un exercice hospitalier, et le/les département(s).

Les trois autres parties étaient des cas cliniques présentés sous forme de vignettes cliniques pour lesquels les personnes interrogées devaient décrire leur prise en charge et leur suivi en fonction du contexte clinique proposé, ainsi que les éléments importants autorisant la sortie d'hospitalisation et la prise en charge à domicile.

- Le premier cas clinique était une patiente sans antécédents particuliers, elle présentait une MAP à 32 SA avec un col modifié à 15 mm et des contractions.
- Le deuxième cas présentait une patiente ayant les mêmes caractéristiques avec une rupture des membranes et un liquide amniotique clair.
- Enfin le dernier cas faisait part d'une découverte fortuite de col à 15mm à l'échographie de 32 SA sans contractions et sans antécédents.

Ce questionnaire a été diffusé via un lien vers le site LimeSurvey.

Les réponses ont été répertoriées sous format PDF en leur donnant un numéro d'anonymat. Les réponses ont ensuite été collectées puis analysées via Excel et Biostat TGV. Les différentes réponses ont été comparées avec le test de Fisher au vu des effectifs et un $p < 0,05$ indique une différence significative entre les données.

L'objet de l'étude était un état des lieux des pratiques de la prise en charge et des caractéristiques et du suivi à domicile réalisées par les gynécologues obstétriciens du Réseau Sécurité Naissance.

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

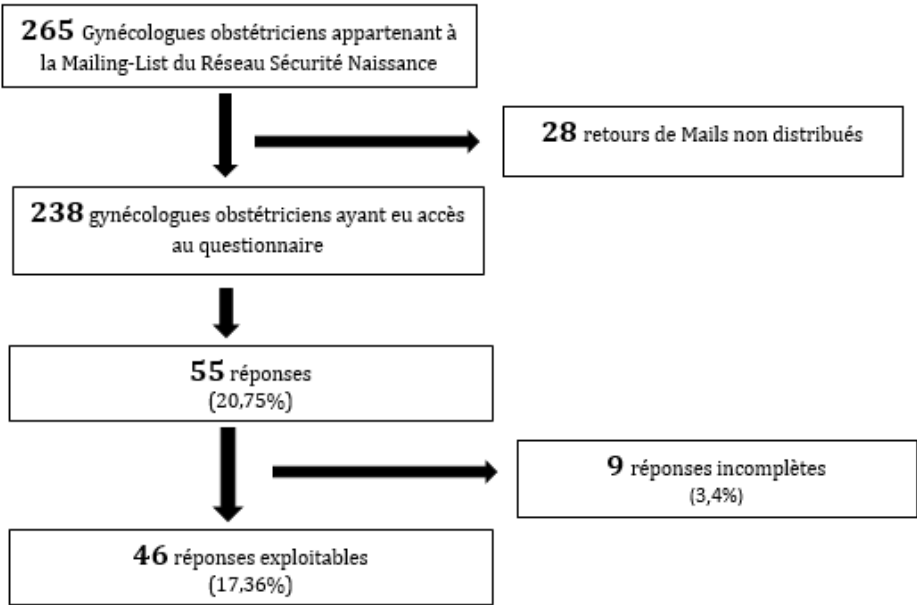


Figure 1 Flow Chart

Le taux de réponses au questionnaire était de 20, 75%. Les réponses incomplètes ont été exclues de l'étude et par conséquent 17,36% des réponses étaient exploitables.

SEXE	HOMME	n=16(34,78%)		n=46				
	FEMME	n=30(65,22%)						
AGE	<25-35a	n=13(28,26%)		n=46				
	36-45a	n=9(19,57%)						
	46-55a	n=13(28,26%)						
	56-66a et +	n=11(23,91%)						
EXERCICE	HOSPIT*	TYPE MATERNITE	TYPE I	n=6 (19,35%)	TYPE D'EXERCICE	CCA/ASSISTANT	n=7(17,07%)	n=41
			TYPE II (A et B)	n=10 (32,26%)		PH	n=21(67,75%)	
						PU	n=2(6,45%)	
						ATTACHE	n=1(3,23%)	
	MIXTE**	n=2 (4,35%)						
	LIBERAL	n=13 (28,28%)						
DEPART	44	n=17(36,96%)						
	49	n=14(30,43%)						
	53	n=3(6,52%)						
	72	n=5(10,87%)						
	85	n=7(15,22%)						

Tableau 1- Caractéristiques de la population étudiée

*Hospitalier
** Hospitalier et libéral

2. Cas cliniques

2.1. Cas clinique 1

Le cas clinique n°1 traitait d'une patiente présentant une MAP à 32 SA avec un col mesuré échographiquement à 15 mm et ayant des contractions régulières (cf **Annexe 1-Questionnaire**).

Dans 100% des réponses (**Annexe 2**) les praticiens hospitalisaient la patiente. Pour la majorité (56,52%), l'hospitalisation durait de 48 à 72 heures. L'Enregistrement cardiaque fœtale (ERCF) était réalisé dans 69,57% des cas 1 fois par jour. La corticothérapie (93,48%), la tocolyse (89,13%) ainsi que l'échographie fœtale (52,17%) étaient les trois éléments les plus réalisés au cours de l'hospitalisation. De manière incertaine, 32,62% se posaient la question d'un transfert in utéro. Suite à la stabilisation de la patiente, 78,26% autorisait la sortie de la patiente. Les trois critères les plus retrouvés dans la décision de sortie étaient : la corticothérapie (84,44%), l'allure des contractions (60%) ainsi que la proximité des professionnels de santé (55,56%). L'éloignement géographique alors acceptable selon les praticiens était inférieur à 50km (100%). 77,78% des praticiens mettaient en place un suivi à domicile. Le suivi alors réalisé était dans 58,82% des cas 1 fois par semaine. Les sages-femmes libérales ou de PMI réalisaient le suivi dans 97,14% des cas. Pour ceux qui ne mettaient pas de suivi à domicile, la raison qui émanait était qu'il n'y avait pas d'intérêt.

Dans la mise en place du suivi en externe, 88,89% des praticiens pensaient que l'ERCF avait un intérêt dans le suivi et 94,45% pensaient que le toucher vaginal n'avait pas sa place. De plus, 82,86% pensaient que le repos strict n'était pas nécessaire. 50% des personnes interrogées pensaient que l'échographie de col n'avait pas d'intérêt dans le suivi en externe, ainsi que 91,67% ne mettaient pas en place de tocolyse d'entretien.

2.2. Cas Clinique n°2

Le deuxième cas clinique traitait d'une MAP à 32 SA ayant les mêmes caractéristiques que le cas clinique n°1 mais associée à une rupture prématurée des membranes avec un liquide amniotique clair à l'écoulement (cf **Annexe 1-questionnaire**).

Dans les réponses recueillies (**Annexe 3**), 97,83% des gynécologues obstétriciens modifiaient leur prise en charge, et dans 88,64% des cas, ils modifiaient la prise en charge et l'hospitalisation. Le temps d'hospitalisation était modifié dans 80,43% des cas et les patientes étaient alors hospitalisées jusqu'à l'accouchement dans 34,17% des cas. Dans 84,44% la prise en charge était modifiée, la triade alors majoritairement utilisée était : la corticothérapie (95,35%), l'antibiothérapie (88,37%) et le suivi biologique (83,72%).

Lors de la stabilisation clinique de la patiente, les critères entrant dans la décision de sortie étaient différents du cas clinique n°1 dans 80,43% des cas. Les trois critères alors les plus souvent retrouvés

étaient : la corticothérapie (61,54%), l'allure des contractions (53,85%) et la proximité des professionnels de santé (53,85%). 13,04% des professionnels ne mettaient pas en place de suivi en externe. Dans 75% des réponses, le suivi à domicile n'était pas modifié, dans 39,18% des cas le suivi était réalisé une fois par semaine et dans 88,57% il était réalisé par une sage-femme libérale ou de PMI.

2.3. Cas clinique n°3

Le dernier cas clinique traitait une découverte fortuite de col court à 15 mm lors de la troisième échographie à 32 SA chez une patiente à bas risque (sans antécédents) asymptomatique (**Annexe 1-questionnaire**).

Dans 84,78% des réponses (**Annexe 3**), les praticiens modifiaient leur prise en charge avec 60% au cours de l'hospitalisation et 60% la prise en charge en externe et pour finir 24,44% modifiaient les deux.

L'hospitalisation était choisie dans 75,56% des cas, et dans 43,75%, pendant 48 heures. L'ERCF était prescrit 1 fois par jour dans 70% des réponses. La triade de prise en charge majoritairement mise en place comprenait : la corticothérapie (75,55%), la tocolyse (50%) et l'échographie fœtale(44,11%). Pour les personnes qui n'hospitalisaient pas la patiente, elles réalisaient un ERCF et une corticothérapie. Lors de la stabilisation des patientes, les trois critères ressortant dans la prise de décision étaient : la corticothérapie (72,73%), l'allure des contractions (57,58%) et la longueur du col (48,48%). Lors de la sortie de la patiente, le suivi en externe était identique dans 74,42% des cas au cas clinique n°1. Dans 80,61% des cas le suivi était réalisé une fois par semaine, et dans 96,88% des réponses par une sage-femme libérale ou de Protection Maternelle Infantile (PMI).

3. Comparaison des réponses

3.1. La prise en charge

	CAS 1 MAP à 32 SA N=46	<i>Comparaison</i> <i>du CAS 1 et du</i> <i>CAS 2</i> <i>p</i>	CAS 2 MAP et RPM à 32 SA N=43	<i>Comparaison du</i> <i>CAS 2 et du CAS 3</i> <i>p</i>	CAS 3 COL COURT à 32 SA N=45 N= 34	<i>Comparaison</i> <i>du CAS 1 et du</i> <i>CAS 3</i> <i>p</i>
Corticothérapie	n=43 (93,48%)	pNS*	n=41 (95,35%)	p=0,01	n=34 (75,55%)	p=0,021
Cardiotocographie	n=46 (100%)	p=0,0008	n= 34 (79,07%)	pNS	n=41 (91,11%)	pNS
Antibiothérapie	n=1 (2,17%)	pNS	n= 38 (88,37%)	pNS	n=2 (4,44%)	pNS
Tocolyse	n=41 (89,13%)	pNS	n=31 (72,09%)	pNS	n=17 (50%)	p=0,0002
Suivi Biologique		-	n=36 (83,72%)	-		-
Toucher Vaginal	n=0	pNS	n=1 (2,32%)	pNS	n=0	pNS
Echographie de col	n=13 (28,26%)	pNS	n=5 (11,63%)	pNS	n=7 (26,59%)	pNS
Echographie fœtale	n=24 (52,17%)	p=0,047	n=32 (74,42%)	p=0,003	n=15 (44,11%)	pNS
Transfert In Utéro	n=10 (21,74%)	p=0,001	n= 24 (55,81%)	p=0,0005	n=8 (23,53%)	pNS
INTERET DANS LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DE :						
Cardiotocographie	n=32 (91,43%)		n= 6 (17,14%)		n=10 (30,30%)	
Toucher Vaginal	n=2 (5,71%)		n=0		n=0	
Echographie de col	n=18 (51,42%)					
Tocolyse d'entretien	n= 3 (8,57%)		n=0		n=0	
Repos strict	n=6 (17,14%)					

Tableau 2- Prise en charge au cours de l'hospitalisation et comparaison des stratégies thérapeutique en fonction des caractéristiques de la patiente

*NS = Non Significatif

3.2. Les critères de sortie et le suivi à domicile

Tableau 3- Comparaison des critères de sorties et du suivi à domicile selon les cas clinique par le test de Fisher

		CAS 1 <i>MAP à 32 SA</i> <i>n=45</i>		CAS 2 <i>MAP et RPM à 32 SA</i> <i>n=39</i>		CAS 3 <i>COL COURT à 32 SA</i> <i>n= 33</i>		p
Longueur du col		n=16	(35,56%)	n=3	(7,69%)	n=16	(48,48%)	0,0021
Contractions		n= 27	(60%)	n= 21	(53,85%)	n= 19	(57,58%)	NS
Proximité des professionnels		n=25	(55,56%)	n= 21	(53,85%)	n= 11	(33,33%)	NS
Milieu socio-économique		n=8	(17,78%)	n= 7	(17,95%)	n= 9	(27,27%)	NS
Tocolyse		n= 13	(28,89%)	n= 8	(20,51%)	n= 10	(30,30%)	NS
Corticothérapie		n= 38	(84,44%)	n= 24	(61,54%)	n= 24	(72,73%)	NS
Antibiotique				n= 14	(35,90%)			
Autre		n= 7	(15,55%)					
Suivi en externe		OUI n=35 (77,78%)	NON n=10 (22,22%)	OUI n=35 (76,09%)	NON n=11 (23,91%)	OUI n=33 (73,33%)	NON n= 13 (28,89%)	NS
Fréquence	1 FOIS/SEMAINE	n=20	(58,82%)	n=18	(39,13%)	n=20	(60,61%)	NS
	2 FOIS/SEMAINE	n= 13	(38,24%)	n= 13	(28,26%)	n= 12	(36,26%)	NS
	1 FOIS/JOUR	n=0		n= 2	(4,35%)	n=0		NS
	AUTRE	n=1	(2,94%)	n=13	(22,26%)	n=1	(3,03%)	NS
Personne réalisant le suivi	SF LIBERALE	n=34	(97,14%)	n= 31	(88,57%)	n= 31	(96,88%)	NS
	SF PMI*							
	SERVICE GRE**	n=4	(11,43%)	n= 8	(22,86%)	n= 4	(12,50%)	NS
	MEDECIN TRAITANT	n= 1	(2,86%)	n= 1	(2,86%)	n= 0		NS
	GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN	n= 3	(8,57%)	n= 3	(8,57%)	n=1	(3,13%)	NS
	AUTRE	n=0		n=1	(2,86%)	n=0		NS

*Sage-Femme de Protection Maternelle et infantile

** Service de Grossesse à risque élevé

3.3. Comparaison des réponses selon les caractéristiques de la population

Tableau 4- Comparaison des réponses en fonction des caractéristiques de la population selon le test de Fisher									
TEMPS D'HOSPITALISATION									
	CAS 1			CAS 2			CAS 3		
TYPE 1 N=6	48H	n=1		6-10J	n=1		48H	n=1	
	48-72H	n=2					48-72H	n=2	
	6-10j	n=1		TIU**	n=5		6-10J	n=1	
	TIU	n=2					TIU	n=1	
TYPE 2 N=10	48H	n=2		48-72H	n=1		48H	n=6	
	48-72H	n=4		6-10J	n=2		48-72H	n=1	
				Accouchement	n=4	TIU p=0,007			p NS
	3-5J	n=4	p NS*	TIU	n=1		3-5J	n=1	
TYPE 3 N=15				AUTRE	n=1				
	48H	n=4		48-72H	n=5		48H	n=5	
				3-5J	n=4		48-72H	n=4	
	48-72H	n=9		6-10J	n=3		3-5J	n=1	
ACTIVITE HOSPITALIERE N=33	3-5J	n=2		Accouchement	n=2		Accouchement	n=1	
				AUTRE	n=1				
	48H	n=7		48-72H	n=6		48H	n=13	
	48-72H	n=17		3-5J	n=5		48-72H	n=8	
ACTIVITE LIBERALE N=15	3-5J	n=6		6-10J	n=7	p=0,0021 pour l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement	3-5J	n=2	
	6-10J	n=1		Accouchement	n=6		6-10J	n=1	p NS
	TIU	n=1	p NS	TIU	n=6		Accouchement	n=1	
				AUTRE	n=3				
<45 ANS N=22	48H	n=2		3-5J	n=1		48H	n=2	
	48-72H	n=11		6-10J	n=3		48-72H	n=4	
	3-5J	n=2		Accouchement	n=10		3-5J	n=1	
				TIU	n=1		6-10J	n=1	
>46 ANS	48H	n=5		48-72H	n=5		48H	n=8	
	48-72H	n=13		3-5J	n=2				
	3-5J	n=2		6-10J	n=4		48-72H	n=4	
	6-10J	n=1		Accouchement	n=6				
	TIU	n=1	p NS	TIU	n=3		6-10J	n=1	
				AUTRE	n=2	p NS			p NS
	48H	n=4		48-72H	n=1		48H	n=6	

*pNS : p-value non significatif

**TIU : Transfert in utéro

N=24	48H-72H 3-5J TIU	n=13 n=6 n=1		3-5J 6-10J Accouchement TIU AUTRE	n=3 n=5 n=10 n=4 n=1		48-72H 3-5J 6-10J Accouchement	n=8 n=3 n=1 n=1	
PU/PH/SENIOR N=23	48H 48-72H 3-5J TIU	n=5 n=10 n=6 n=2	p NS	48-72H 3-5J 6-10J Accouchement TIU AUTRE	n=2 n=4 n=3 n=6 n=6 n=2	p=0,001	48H 48-72H 3-5J Accouchement	n=10 n=5 n=2 n=1	p NS
CCA/ASSISTANT/ CHEF DE CLINIQUE/ ATTACHE N=8	48H 48-72H 3-5J	n=2 n=12 n=3		48H-72H 6-10J AUTRE	n=4 n=3 n=1		48H 48-72H 6-10J	n=2 n=2 n=1	
44 N=17	48H 48-72H 3-5J	n=2 n=12 n=3		48-72H 3-5J 6-10J Accouchement TIU	n=1 n=1 n=4 n=9 n=2		48H 48-72H 3-5J 6-10J	n=4 n=5 n=1 n=1	
49 N=14	48H 48-72H 3-5J	n=3 n=6 n=5	p NS	48-72H 3-5J 6-10J Accouchement AUTRE	n=3 n=4 n=4 n=1 n=2	p=0,03 l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement	48H 48-72H 3-5J Accouchement	n=1 n=2 n=2 n=1	p NS
53 N= 3	48H 48-72H	n=1 n=2		Accouchement TIU	n=1 n=2		48H 48-72H	n=1 n=2	
72 N=5	48H 48-72H 6-10J	n=1 n=3 n=1		48-72H 6-10J Accouchement AUTRE	n=2 n=1 n=1 n=1		48H 48-72H 6-10J	n=2 n=1 n=1	
85 N=7	48H 48-72H TIU	n=2 n=3 n=2		Accouchement TIU	n=4 n=3		48H 48-72H	n=3 n=2	

CRITERES DE SORTIE D'HOSPITALISATION

	CAS 1			CAS 2			CAS 3		
TYPE 1 N=6	Longueur du col	n=1		Longueur du col	n=0		Longueur du col	n=1	
	Contractions	n=2		Contractions	n=3		Contractions	n=1	
	Proximité*	n=2		Proximité	n=2		Proximité	n=1	
	Milieu socio-éco	n=1		Milieu socio-éco	n=1		Milieu socio-éco	n=2	
	Tocolyse	n=4		Tocolyse	n=2		Tocolyse	n=3	
	Corticothérapie	n=5		Corticothérapie	n=3		Corticothérapie	n=4	p=0,03 pour le choix des contractions
				Antibiothérapie	n=3				
TYPE 2 N=10	Longueur du col	n=5	p=0,04 pour le choix de la tocolyse	Longueur du col	n=0	p NS	Longueur du col	n=5	
	Contractions	n=8		Contractions	n=6		Contractions	n=7	
	Proximité	n=6		Proximité	n=6		Proximité	n=4	
	Milieu socio-éco**	n=0		Milieu socio-éco	n=1		Milieu socio-éco	n=1	
	Tocolyse	n=2		Tocolyse	n=0		Tocolyse	n=1	
	Corticothérapie	n=9		Corticothérapie	n=5		Corticothérapie	n=5	
				Antibiothérapie	n=1				
TYPE 3 N=15	Longueur du col	n=2		Longueur du col	n=0		Longueur du col	n=2	
	Contractions	n=7		Contractions	n=7		Contractions	n=3	
	Proximité	n=10		Proximité	n=9		Proximité	n=3	
	Milieu socio-éco	n=3		Milieu socio-éco	n=4		Milieu socio-éco	n=2	
	Tocolyse	n=3		Tocolyse	n=3		Tocolyse	n=3	
	Corticothérapie	n=11		Corticothérapie	n=8		Corticothérapie	n=6	
				Antibiothérapie	n=5				
ACTIVITE HOSPITALIERE N=33	Longueur du col	n=9		Longueur du col	n=1		Longueur du col	n=9	
	Contractions	n=19		Contractions	n=17		Contractions	n=13	
	Proximité	n=19		Proximité	n=17		Proximité	n=9	
	Milieu socio-éco	n=4		Milieu socio-éco	n=6		Milieu socio-éco	n=6	
	Tocolyse	n=10		Tocolyse	n=6		Tocolyse	n=8	
	Corticothérapie	n=26	p=0,005 pour le choix de la tocolyse	Corticothérapie	n=16	p NS	Corticothérapie	n=15	p NS
				Antibiothérapie	n=9				
ACTIVITE LIBERALE N=12	Longueur du col	n=7		Longueur du col	n=3		Longueur du col	n=7	
	Contractions	n=7		Contractions	n=4		Contractions	n=6	
	Proximité	n=6		Proximité	n=3		Proximité	n=2	
	Milieu socio-éco	n=3		Milieu socio-éco	n=1		Milieu socio-éco	n=3	
	Tocolyse	n=10		Tocolyse	n=1		Tocolyse	n=2	
	Corticothérapie	n=10		Corticothérapie	n=1		Corticothérapie	n=7	
				Antibiothérapie	n=5				

*Proximité des professionnels de santé

** Milieu socio-économique

< 45 ANS N=22	Longueur du col	n=5	p=0,02 pour le choix de la proximité	Longueur du col	n=1	p NS	Longueur du col	n=6	p=0,03 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Contractions	n=15		Contractions	n=14		Contractions	n=9	
>46 ANS N=24	Proximité	n=16	p NS	Proximité	n=13	p NS	Proximité	n=8	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Milieu socio-éco	n=2		Milieu socio-éco	n=5		Milieu socio-éco	n=4	
	Tocolyse	n=4	p NS	Tocolyse	n=2	p NS	Tocolyse	n=2	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Corticothérapie	n=20		Corticothérapie	n=13		Corticothérapie	n=10	
	Antibiothérapie	n=5	p NS	Antibiothérapie	n=5	p NS	Antibiothérapie	n=5	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Longueur du col	n=11		Longueur du col	n=2		Longueur du col	n=10	
	Contractions	n=12	p NS	Contractions	n=7	p NS	Contractions	n=10	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Proximité	n=9		Proximité	n=8		Proximité	n=3	
	Milieu socio-éco	n=6	p NS	Milieu socio-éco	n=2	p NS	Milieu socio-éco	n=5	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Tocolyse	n=9		Tocolyse	n=6		Tocolyse	n=8	
	Corticothérapie	n=18	p NS	Corticothérapie	n=11	p NS	Corticothérapie	n=14	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Antibiothérapie	n=9		Antibiothérapie	n=9		Antibiothérapie	n=9	
PU/PH/SENIOR N=23	Longueur du col	n=8	p NS	Longueur du col	n=0	p NS	Longueur du col	n=8	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Contractions	n=12		Contractions	n=11		Contractions	n=8	
	Proximité	n=10	p NS	Proximité	n=11	p NS	Proximité	n=4	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Milieu socio-éco	n=3		Milieu socio-éco	n=4		Milieu socio-éco	n=4	
	Tocolyse	n=6	p NS	Tocolyse	n=4	p NS	Tocolyse	n=6	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Corticothérapie	n=17		Corticothérapie	n=0		Corticothérapie	n=11	
	Antibiothérapie	n=8	p NS	Antibiothérapie	n=8	p NS	Antibiothérapie	n=8	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Longueur du col	n=0		Longueur du col	n=0		Longueur du col	n=0	
CCA/ASSISTANT/ CHEF DE CLINIQUE/ ATTACHE N=8	Contractions	n=5	p NS	Contractions	n=5	p NS	Contractions	n=3	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Proximité	n=8		Proximité	n=6		Proximité	n=4	
	Milieu socio-éco	n=1	p NS	Milieu socio-éco	n=2	p NS	Milieu socio-éco	n=1	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Tocolyse	n=3		Tocolyse	n=1		Tocolyse	n=1	
	Corticothérapie	n=8	p NS	Corticothérapie	n=6	p NS	Corticothérapie	n=4	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Antibiothérapie	n=1		Antibiothérapie	n=1		Antibiothérapie	n=1	
44 N=17	Longueur du col	n=6	p NS	Longueur du col	n=2	p NS	Longueur du col	n=7	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Contractions	n=13		Contractions	n=9		Contractions	n=10	
	Proximité	n=9	p NS	Proximité	n=7	p NS	Proximité	n=4	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Milieu socio-éco	n=3		Milieu socio-éco	n=1		Milieu socio-éco	n=3	
	Tocolyse	n=5	p NS	Tocolyse	n=3	p NS	Tocolyse	n=4	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Corticothérapie	n=15		Corticothérapie	n=9		Corticothérapie	n=8	
	Antibiothérapie	n=6	p NS	Antibiothérapie	n=6	p NS	Antibiothérapie	n=6	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Longueur du col	n=3		Longueur du col	n=1		Longueur du col	n=2	
49 N=14	Contractions	n=8	p NS	Contractions	n=6	p NS	Contractions	n=4	p=0,009 pour le choix de la proximité des professionnels de santé
	Proximité	n=9		Proximité	n=9		Proximité	n=2	

	Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=3 n=3 n=12		Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=3 n=3 n=9		Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=3 n=3 n=5	
			p NS	Antibiothérapie	n=4	p NS			p NS
53 N=3	Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=2 n=0 n=0 n=0 n=3 n=3		Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie Antibiothérapie	n=0 n=1 n=1 n=0 n=1 n=1 n=2		Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=2 n=0 n=0 n=0 n=3 n=3	
72 N=5	Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=2 n=3 n=2 n=1 n=1 n=4		Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie Antibiothérapie	n=0 n=3 n=3 n=2 n=0 n=3 n=0		Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=2 n=3 n=2 n=2 n=0 n=4	
85 N=7	Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=3 n=3 n=5 n=1 n=1 n=4		Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie Antibiothérapie	n=0 n=2 n=1 n=1 n=1 n=2 n=2		Longueur du col Contractions Proximité Milieu socio-éco Tocolyse Corticothérapie	n=3 n=2 n=3 n=1 n=2 n=4	

FREQUENCE DU SUIVI EN EXTERNE

	CAS 1			CAS 2			CAS 3		
TYPE 1 N=6	1F/SEM	n=2		1F/SEM	n=1		1F/SEM	n=3	
	2F/SEM	n=2		2F/SEM	n=2		2F/SEM	n=2	
TYPE 2 N=10	1F/SEM	n=6		1F/SEM	n=5		1F/SEM	n=7	
	2F/SEM	n=2	p NS	2F/SEM	n=3	p NS	2F/SEM	n=1	p=0,02
TYPE 3 N=15	1F/SEM	n=8		3F/SEM	n=1		1F/10-15J	n=1	
	2F/SEM	n=1		1F/J	n=2		1F/SEM	n=7	
				1F/SEM	n=8		2F/SEM	n=1	
				2F/SEM	n=1				
	1F/SEM	n=18		1F/J	n=2		1F/SEM	n=19	

ACTIVITE HOSPITALIERE N=33	2F/SEM	n=5	p=0,04	1F/SEM	n=16	p=0,04	2F/SEM	n=4	p=0,018
	1F/SEM	n=4		TIU	n=2		1F/10-15J	n=1	
	ACTIVITE LIBERALE N=12	2F/SEM n=6		1F/SEM n=4	2F/SEM n=5		1F/SEM	n=3	
< 45 ANS N=22	2F/SEM	n=1	p=0,0006	TIU	n=1	p=0,0009	2F/SEM	n=6	p=0,0008
	1F/SEM	n=14		1F/J	n=1		1F/SEM	n=14	
	2F/SEM	n=1		1F/SEM	n=14		2F/SEM	n=1	
>46 ANS N=24	1F/SEM	n=7		2F/SEM	n=2		1/10-15J	n=1	
	2F/SEM	n=12		1à2F/SEM	n=1		1F/SEM	n=6	
	AUTRE	n=1		1F/J	n=1		2F/SEM	n=11	
PU/PH/SENIOR N=23	1F/SEM	n=13	p NS	2F/SEM	n=11	p NS	3F/SEM	n=1	p NS
	2F/SEM	n=4		1F/J	n=2		10-15J	n=1	
				1F/SEM	n=8		1F/SEM	n=14	
CCA/ASSISTANT/ CHEF DE CLINIQUE/ATTA CHE N=8	1F/SEM	n=4		2F/SEM	n=5		2F/SEM	n=3	
	2F/SEM	n=1		3F/SEM	n=1		1F/SEM	n=3	
				1F/SEM	n=6		2F/SEM	n=4	
44 N=17	1F/SEM	n=7	p NS	2F/SEM	n=1	p NS	1F/SEM	n=7	p NS
	2F/SEM	n=8		1F/J	n=2		2F/SEM	n=7	
	AUTRE	n=1		1F/SEM	n=6				
49 N=14	1F/SEM	n=8		2F/SEM	n=6		1F/10-15J	n=1	
				1F/SEM	n=8		1F/SEM	n=5	
				2F/SEM	n=2		2F/SEM	n=1	
53 N=3	1F/SEM	n=2		3F/SEM	n=1		1F/SEM	n=2	
				2F/SEM	n=2		2F/SEM	n=1	
							1F/SEM	n=2	
72 N=5	1F/SEM	n=2		1F/SEM	n=2		1F/SEM	n=2	
	2F/SEM	n=1		2F/SEM	n=1		2F/SEM	n=1	
85 N=7	1F/SEM	n=4		1F/SEM	n=2		1F/SEM	n=4	
	2F/SEM	n=2		2F/SEM	n=2		2F/SEM	n=2	

Les différents groupes constitués selon les caractéristiques de la population ont été comparés à l'aide du test de Fisher au vu des effectifs.

Lorsque nous comparons l'activité hospitalière et l'activité libérale, une différence significative était retrouvée quant au choix d'une hospitalisation jusqu'à l'accouchement. 18,88% des praticiens ayant une activité hospitalière avaient choisi une hospitalisation jusqu'à l'accouchement contre 66,67% des praticiens libéraux ($p=0,002$). Concernant l'activité hospitalière, une différence significative était également retrouvée, avec un p égal à 0,001, entre le groupe des praticiens hospitaliers, praticiens universitaires et séniors, et le groupe des CCA. Dans le premier groupe (PH, PU, seniors), l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement était choisie dans 27,27% des cas, l'hospitalisation de 48 à 72 heures dans 8,69% des réponses et le TIU dans 26,08% des cas. Dans le second groupe (CCA), 50% praticiens choisissaient l'hospitalisation de 48 à 72h et aucun ne choisissait l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement ou le TIU. Enfin, des différences significatives étaient également retrouvées entre les départements. Lors de l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement, les praticiens la sélectionnaient dans 52,94% des cas en Loire Atlantique (44), dans 57,14% des cas en Vendée (85), dans 33,33% des cas en Mayenne (53), dans 20% des cas en Sarthe (72) et enfin dans 7,14% des cas en Maine et Loire ($p=0,03$). Le TIU était également significativement différent. La Loire Atlantique (11,79%), le Maine et Loire (42,86%) et la Mayenne (66,66%) le pratiquaient alors que la Sarthe et la Vendée ne le sélectionnaient pas ($p=0,007$).

Le choix des critères de sortie les plus importants retenus dans la décision de sortie de d'hospitalisation montrait des différences significatives pour les vignettes cliniques n°1 (MAP à 32 SA avec contractions et col mesuré à 15mm) et n°3 (Découverte fortuite de col à 15mm lors de l'échographie de 32SA).

Dans la vignette clinique n°1, le choix de la tocolyse dans la prise de décision était significativement différent, en fonction du type de maternité. Les maternités de type 1 le sélectionnaient dans 66,67% des réponses tandis que dans les maternités de type 2 et 3 20% des réponses la préconisaient ($p=0,04$). Le choix de la tocolyse était également significativement différent en fonction de l'exercice. En effet, les praticiens exerçant à l'hôpital le choisissaient dans 30,30% des cas alors que 83,33% des praticiens libéraux la sélectionnaient ($p=0,005$). Le choix de la proximité des professionnels de santé était également significativement différent en fonction de l'âge des praticiens. En effet, les praticiens ayant moins de 45 ans choisissaient la proximité dans 72,73% des cas tandis que les praticiens de plus de 46 ans la sélectionnaient dans 37,5% des réponses ($p=0,02$). Dans la vignette clinique n°3, le choix des contractions dans les critères de sortie était significativement différent en fonction du type de maternité. Les types 1 choisissaient les contractions dans 16,67%, les types 2 dans 70% et les types 3 dans 20% des réponses ($p=0,03$). Le choix de la proximité des professionnels de santé était significativement différent en fonction de l'âge des praticiens. Les praticiens de moins de 45 ans mettaient la proximité dans les critères important dans 36,36% alors que les praticiens de plus de 46 ans la choisissaient dans 12,5% ($p=0,03$). La proximité des professionnels de santé était également

significativement différente en fonction du type d'exercice ($p=0,009$). 17,39% du premier groupe (PH, PUPH, MCU, PHU) l'estimaient importante contre 50% du second groupe (CCA).

Le choix de la mise en place du suivi n'était significativement pas différent selon les vignettes et les caractéristiques de la population. Les praticiens, selon la vignette clinique, mettaient en place le suivi à domicile de 33 à 100%.

Néanmoins, la fréquence de ce suivi montrait des différences significatives. Dans la vignette clinique n°1, une différence significative était retrouvée en fonction de l'exercice. Le suivi était 1 fois par semaine dans 54,54% chez les praticiens exerçant à l'hôpital contre 33,33% chez les praticiens libéraux. Parallèlement, le suivi était prescrit 2 fois par semaine dans 15,15% des cas chez les premiers contre 50% des réponses chez les seconds ($p=0,004$). Une différence était également retrouvée en fonction de l'âge. Les praticiens de moins de 45 ans, prescrivaient le suivi 1 fois par semaine dans 63,64% des cas et 2 fois par semaine dans 4,5% des cas. Les praticiens ayant plus de 46 ans prescrivaient le suivi 1 fois par semaine dans 29,16% des cas et 2 fois par semaine dans 50% des cas ($p=0,006$). Dans la vignette clinique n°2, la fréquence était différente en fonction de l'exercice. Les praticiens en milieu hospitalier mettaient en place un suivi 1 fois par semaine dans 48,48% des réponses et 2 fois par semaine pour 15,15%. 30% des praticiens libéraux prescrivaient le suivi 1 fois par semaine et 50% 2 fois par semaine ($p=0,04$). Lorsque nous comparions l'âge des praticiens. Ceux ayant moins de 45 ans prescrivaient le suivi 1 fois par semaine dans 63,64% dans contre 16,67% chez les praticiens de plus de 46 ans. Parallèlement le suivi 2 fois par semaine était prescrit dans 9,09% des réponses du premier groupe et dans 45,83% du second groupe ($p=0,0009$).

Enfin dans la vignette clinique n°3, le type de maternité présentait une différence significative dans le choix de la fréquence du suivi. Les types 1 choisissaient le suivi 1 fois par semaine dans 50% des cas, et dans 33,33% des cas, 2 fois par semaine. Les types 2 prescrivaient le suivi 1 fois par semaine dans 70% des réponses et 2 fois par semaine dans 10% des réponses. Enfin les types 3 le prescrivaient 1 fois par semaine dans 46,67% des cas contre 2 fois par semaine pour 6,67% des cas ($p=0,02$). Une différence était également retrouvée en fonction de l'exercice. 57,57% des praticiens en milieu hospitalier le prescrivaient 1 fois par semaine contre 25% des praticiens libéraux de même que 12,12% des premiers le prescrivaient 2 fois par semaine contre 50% des seconds ($p<0,02$).

Enfin, en fonction de l'âge. Le suivi était prescrit 1 fois par semaine dans 63,64% chez les moins de 45 ans et 16,67% chez les plus de 46 ans. Dans 4,54% des cas, chez les moins de 45 ans, le suivi était prescrit 2 fois par semaine contre 45,83% chez les plus de 46 ans ($p<0,001$).

Discussion

De nombreuses études épidémiologiques sont anciennes et ont parfois plus de vingt ans. Il est donc difficile de cerner la population réellement touchée par la menace d'accouchement prématuré. Par ailleurs, les études réalisées sur le sujet ainsi que les recommandations sur la MAP sont souvent de niveaux de preuves faibles ou basées sur un accord professionnel.

Dans l'étude réalisée, plusieurs biais se sont présentés. Tout d'abord, il y a un biais d'amplitude du test puisque seulement 17,36% des gynécologues obstétriciens interrogés ont répondu au questionnaire. De plus dans la population cible, certains départements sont peu représentés, comme la Mayenne qui atteint seulement 6,5% contre 36.96% pour la Loire Atlantique. Un biais de saisi a également pu intervenir lors de l'inscription des données dans épidata malgré la mise en place de contrôles de saisie. Enfin, l'étude a été réalisée dans la région des Pays de la Loire et les réponses ne sont pas forcément applicables au niveau national. Néanmoins, l'étude peut être le reflet de ce qui est pratiqué au sein du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire.

Aujourd'hui, le but de la prise en charge de la MAP est de prolonger la grossesse pour améliorer le devenir néonatal sans morbidité maternelle.

Lors de la comparaison des caractéristiques des professionnels de santé, des différences significatives étaient présentes. Dans la vignette clinique n°1 (MAP symptomatique à 32 SA), les praticiens mettaient en place une corticothérapie, un enregistrement cardiotocographique (ERCF), une tocolyse, et une échographie fœtale. Les patientes sont hospitalisées de entre 48 à 72h dans la majorité des cas et ont un ERCF 1 fois par jour. Dans la vignette clinique n°2 (MAP avec une RPM avec un LAC à 32), une corticothérapie, un enregistrement cardiotocographique, une antibioprophylaxie, un suivi biologique, une tocolyse ainsi qu'une échographie fœtale ont été réalisés. Les patientes sont alors hospitalisées majoritairement jusqu'à l'accouchement. Les nouvelles recommandations émises en 2018 sur la RPM(10) spécifiaient l'absence d'intérêt dans l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement. Cette discordance s'explique, sans doute, par le fait qu'il faut généralement un temps d'adaptation pour les professionnels avant de changer leur pratique. Enfin, dans la vignette clinique n°3 (découverte fortuite de col court à 32 SA), une corticothérapie, une tocolyse et une échographie fœtale étaient mises en place. Les patientes sont hospitalisées dans ce cas-là 48h dans la majorité des cas avec un ERCF 1 fois par jour. La majorité des professionnels s'accordent dans les 3 vignettes cliniques pour la mise en place d'un suivi à domicile (de 73,33% à 77,78%) bien que les recommandations officielles(6) n'indiquent pas que le suivi à domicile puisse être un facteur de réduction de la prématurité.

Lors de l'analyse des données, une différence significative est retrouvée en ce qui concerne le transfert in utéro (TIU). En effet, les temps d'hospitalisation étaient significativement différents dans la vignette clinique n°2 (une rupture prématurée des membranes à 32SA avec un liquide clair et un col à 15 mm). Le choix du TIU était significativement différent en fonction du type de maternité. Dans les maternités de type 1, 83,33% choisissaient le TIU et dans les maternités de type 2, 10% choisissaient

le transfert ($p=0,007$). Cette différence n'est pas surprenante ; le TIU est réalisé surtout par les types 1 qui ne prennent en charge que les grossesses à bas risque et un peu moins pour les types 2, elle est la traduction du protocole de transfert mis en place au sein du RSN. Une différence significative est également présente entre l'exercice hospitalier et libéral ; en effet, les praticiens libéraux hospitaliseraient plutôt jusqu'à l'accouchement en cas de RPM alors que les seconds hospitaliseraient plutôt la patiente 48 à 72H. Selon le mode d'exercice en milieu hospitalier, des différences sont retrouvées entre les PU-PH/PH et les Chefs de clinique assistant. En effet les premiers ont plutôt tendance à hospitaliser jusqu'à l'accouchement ou à réaliser un TIU alors que les seconds hospitalisent 48 à 72h majoritairement. Il est important de noter que dans la constitution des cohortes, un choix arbitraire a été réalisé afin d'avoir des effectifs analysables notamment pour la répartition selon l'âge ou le type d'exercice en milieu hospitalier. L'âge est un élément de différence qui revient régulièrement dans l'étude. Les praticiens de moins de 45 ans hospitalisent moins longtemps que ceux de plus de 46 ans.

Les 3 critères d'hospitalisation sont plutôt constants. La tendance des contractions, et la corticothérapie sont des éléments retrouvés dans les 3 situations. Dans la vignette clinique n°3, le 3^{ème} critère retenu est la longueur du col. Dans les 2 premières vignettes, la proximité des professionnels de santé est le troisième élément. Cet élément est important et dépend de la densité de professionnels sur le territoire et le maillage des professionnels dans la zone. En effet, en fonction des régions, telle que celle en désert médical, cet élément ne peut pas être un critère essentiel dans la décision de sortie d'hospitalisation. Dans ces régions à faible densité de professionnels de santé, l'hospitalisation est certainement plus longue faute d'accompagnement à domicile ou d'éloignement géographique trop important. En effet, dans le questionnaire, les professionnels ayant sélectionné la proximité des professionnels de santé, estimaient que l'éloignement tolérable d'un professionnel de santé était de 50km. Dans le questionnaire, la mise en place du suivi diffère en fonction de l'âge ; en effet sur les vignettes cliniques, les plus de 46 ans mettent plutôt un suivi 2 fois par semaine alors que les moins de 45 ans ne le préconisent qu'une 1 fois par semaine. De la même manière les praticiens libéraux mettent plutôt un suivi 2 fois par semaine alors que ceux exerçant en milieu hospitalier instaurent plutôt un suivi une fois par semaine. L'intégralité des réponses fait ressortir malgré tout un suivi en externe 1 fois par semaine (de 39,13% à 60,61%) réalisé par une sage-femme libérale (88,57% à 97,17%).

Lorsque les caractéristiques de la patiente sont comparées, de nouvelles différences apparaissent dans la prise en charge. En effet, la réalisation d'une échographie semble davantage avoir sa place dans la prise en charge d'une MAP avec RPM (74,42%) que dans le cadre d'une MAP à 32 SA ou dans le cadre d'une patiente présentant un col court à 32 SA (52,17% et 44,11%) ($p=0,047$ et $p=0,003$). La corticothérapie est également sujette à des différences puisque dans le premier cas, elle est proposée dans 95,35% des cas contre 75,55% des cas dans le cadre d'une découverte fortuite de col court ($p=0,01$). Les praticiens adaptaient leur prise en charge au cas présenté ; dans la vignette clinique

n°2, 88,64% modifiaient leur prise en charge et 75.56% dans la vignette clinique n°3. Ces éléments nous montrent qu'il est important d'adapter la prise en charge à la singularité de la patiente.

La durée d'hospitalisation a diminué de manière importante ; en effet elle est passée de 7,7 jours en 1998 à 5,9 jours en 2016. Selon une étude(7), la menace d'accouchement prématuré représente la première cause d'hospitalisation des femmes pendant la grossesse. L'hospitalisation n'est pas recommandée selon une étude(11) car celle-ci ne réduirait pas la prématurité. Dans une autre étude(3) réalisée en 2012 sur des patientes ayant bénéficié d'une hospitalisation moins longue qu'habituellement, il a été montré que l'hospitalisation plus courte n'augmente pas le terme d'accouchement ni le taux d'accouchement prématuré. L'étude montrait alors que le pourcentage des accouchements prématurés n'était pas significativement différent entre les deux groupes.

Dans la littérature, l'hospitalisation ressort comme une source de stress(12), d'anxiété, de solitude auprès des patientes, ce qui peut majorer les morbidités maternelles. C'est également un coût supplémentaire parfois pour les familles et également pour la société (arrêt de travail). En effet, selon le site de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation(13), un séjour hospitalier pour grossesse pathologique ou dans le post-partum coûtait en moyenne 3 481€ en 2014, et 3 551€ en 2016. Parallèlement, le coût de la mise en place d'un suivi à domicile de 32 à 37 SA avec un monitoring 1 fois par semaine s'élèverait à 210€ selon les cotations de l'Assurance Maladie(14). Face au coût élevé d'une hospitalisation et à l'absence d'indication médicale visant à prolonger l'hospitalisation, il est important de se demander si le suivi à domicile ne serait pas une alternative à développer davantage.

La visite à domicile s'avère utile en cas de situation précaire ou de vulnérabilité psychologique. Elle est, de plus, fortement appréciée par les patientes bien qu'elle n'ait pas spécifiquement d'intérêt médical(6). De plus l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement n'est plus recommandée pour une MAP à membranes intactes ou une MAP avec RPM(10), il est donc intéressant de tendre vers des pratiques uniformes dans la mise en place du suivi et de s'accorder sur les éléments essentiels entrant dans la décisions de sortie. Tous ces éléments nous laissent penser que dans l'avenir, les sorties plus précoces et la mise en place de services d'hospitalisation à domicile pourront se répandre. Dans le cadre de la MAP notamment, les professionnels de santé du Réseau Sécurité Naissance plébiscitent le suivi à domicile.

Glossaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CRP : C-réactive protéine

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtale

F/SEM : fois par semaine

IMC : indice de Masse Corporel

MAP : Menace d'accouchement prématuré

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RPM : Rupture prématuré des membranes

SA : semaines d'aménorrhées

TIU : Transfert In Utéro

Bibliographie

1. Sentilhes L, Sénat M-V, Ancel P-Y, Azria E, Benoist G, Blanc J, et al. Recommandations pour la pratique clinique : prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes) — Texte des recommandations (texte court). [internet] Rev Sage-Femme. 1 sept 2017;16(4):279-89. Disponible sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408817300809>
2. Cabrol D, Magnin G. Diagnostic du travail prématuré. [Httpwwwem-Premiumcomdatarevues0368231500307-C23S5](http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/114280/resultatrecherche/10) [Internet]. 8 mars 2008 [cité 12 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/114280/resultatrecherche/10>
3. Salzmann M, Gaucherand P, Doret M. Hospitalisation prolongée ou retour à domicile des menaces d'accouchement prématuré : une étude avant-après. Gynécologie Obstétrique Fertil. avr 2013;41(4):222-7.
4. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Naissances prématurées [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. Menthonnex E. Menace d'accouchement prématuré. EMC (Elsevier Masson, SAS, Paris), Médecine d'Urgence, 25-070-B-10, 2007
6. La menace d'accouchement prématuré à membrane intact. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513. Disponible sur <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
7. Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes : physiopathologie, facteurs de risque et conséquences. /data/revues/03682315/0031SUP7/10/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 22 août 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114614>
8. Béatrice Blondel, Lucie Gonzalez, Philippe Raynaud, Bénédicte Coulm, Camille Bonnet, Alexis Vanhaesebrouck, et al. Enquête nationale périnatale- Rapport 2016 [Internet]. France: INSERM, DREES; 2016 [cité 12 févr 2018] p. 317. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf
9. HAS. Haute Autorité de Santé - Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum [Internet]. 2011 [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1066375/fr/situations-pathologiques-pouvant-relever-de-l-hospitalisation-a-domicile-au-cours-de-l-ante-et-du-post-partum?xtmc=&xtcr=10
10. Schmitz T, Sentilhes L, Lorthe E, Gallot D, Madar H, Doret-Dion M, et al. Rupture prématurée des membranes avant terme : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF — Texte court. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. déc 2018;46(12):998-1003.
11. Kayem G, Lorthe E, Doret M. Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1364-73.
12. Lett F, Arcangéli-Belgy M-T. Impact de la diminution des durées d'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré. Rev Sage-Femme. 1 nov 2013;12(5):196-203.
13. ENC MCO | Stats ATIH [Internet]. [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: https://www.scansante.fr/applications/enc-mco/submit?snatnav=&annee=2016§eur=dgf&type_activite=ghs&cmd=14&souscmd=14C&racine=&ghm=14C&mbout=dummy&num_selection=14C&type_selection=souscmd&zip=non
14. Codage des actes médicaux (CCAM) | ameli.fr | Sage-femme [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/codage-actes-medicaux-ccam>

Annexe 1-Questionnaire

Bonjour,
Je suis Margot Echivard, étudiante sage-femme en 5ème année à l'UFR santé d'Angers.
Je réalise un audit de pratique auprès des gynécologues obstétriciens des pays de la Loire sur les pratiques concernant la menace d'accouchement prématuré.
En effet, je souhaiterais étudier les critères intervenant dans la prise de décision de sortie d'hospitalisation et le suivi mis en place à domicile.

A1. De quel sexe êtes-vous ?

Homme
Femme

A2. Quel âge avez-vous ?

Moins de 25 ans
25-35 ans
36-45 ans
46-55 ans
56-65 ans
66 et plus

A3. Quel(s) type(s) d'exercice avez-vous ?

Hospitalier
Libéral
Autre

A4. Dans quel type d'établissement exercez-vous principalement ?

Niveau 1
Niveau 2 A
Niveau 2 B
Niveau 3

A5. Quel est-votre statut au sein de l'hôpital ?

Assistant
CCA
Praticien Hospitalier
Praticien Universitaire (PUPH, MCU, PHU)
Attaché
Chef de clinique
Sénior
Autre

A6. Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?

44 - Loire-Atlantique
49 - Maine-et-Loire
53 - Mayenne
72 - Sarthe
85 - Vendée

CAS CLINIQUE

Seuls les éléments importants pour la prise en charge sont cités, les autres éléments sont par ailleurs normaux.

Madame X, est une G1P0 de 25 ans :

- 1m52 pour 50kg (BMI= 21,6).
- Secrétaire et vit en couple.
- Tabagisme 5cg/j

Le suivi de la grossesse a été correctement réalisé.

Grossesse de déroulement normal.

Le suivi échographique a été réalisé et n'a révélé aucune particularité.

Madame X consulte en urgence à 32 SA.

Elle décrit des contractions depuis 2 jours, et celles-ci s'intensifient depuis quelques heures.

L'examen clinique révèle :

- au TV : col intermédiaire, souple, court, 2 doigts justes à l'orifice interne, présentation céphalique juste appliquée.
 - L'échographie est normale, une mesure du col est faite, le col est à 15 mm
- Le reste de l'examen est normal.

B1. L'hospitaliseriez-vous ?

Oui

Non

B2. Combien de temps ?

48 H

48 H à 72 H

Entre 3 et 5 jours

Entre 6 à 10 Jours

Jusqu'à l'accouchement

Autre

B3. Que faites-vous pour la prise en charge de cette patiente au cours de l'hospitalisation ?

ERCF 1 fois/Jour

ERCF 3 fois/Jour

ERCF 1 fois/Semaine

ERCF 2 fois/Semaine

Autre

B4. Que faites-vous pour la prise en charge au cours de l'hospitalisation ?

	Oui	Incertain	Non
Tocolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Touchers vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie de col	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie foetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B5. Si non, que faites-vous pour la prise en charge ?

Oui Incertain Non

	Oui	Incertain	Non
ERCF avec tocométrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B6. La patiente se stabilise. Elle décrit toujours des contractions mais son col ne s'est pas modifié depuis son arrivée.

Laissez-vous sortir la patiente ?

Oui

Non

B7. Sélectionnez les trois critères qui, selon vous, sont les plus importants dans la prise de décision pour la sortie de cette patiente :

Longueur du col

Commentaire :

Contractions

Commentaire

Proximité des professionnels de santé

Commentaire

Milieu socio-économique

Commentaire

Tocolyse complète

Commentaire

Corticothérapie complète

Commentaire

Autre

B8. L'éloignement géographique de l'hôpital acceptable est selon vous :

<20 km

20-50 km

>50 km

Autre

B9. Mettez-vous en place un suivi en externe ?

Oui

Non

B10. Pour quelle(s) raison(s) ? si non

B11. Si oui, à quelle fréquence ?

1 fois par semaine

2 fois par semaine

1 fois par jour

Autre

B12. Qui effectuera le suivi en externe ?

Sage-femme en externe (libérale ou PMI)

Service hospitalier de suivi de grossesse à risques

Médecin traitant

Gynécologue-obstétricien

Autre

B13. Prescrivez-vous l'ERCF dans le suivi en externe ?

Oui
Non

B14. Pensez-vous que le toucher vaginal est utile dans la surveillance ?

Oui
Non

B15. Pensez-vous que le repos strict est nécessaire ?

Oui
Non

B16. Pensez-vous que l'échographie de col a un intérêt dans le suivi de la menace d'accouchement prématuré ?

Oui
Non

B17. Mettez-vous en place un traitement tocolytique d'entretien ?

Oui
Non

Maintenant, la même patiente présente une rupture prématurée des membranes. Le liquide est clair. Pour rappel, les éléments importants la concernant : - 32 SA - Echographie de col à 15 mm - Contractions utérines toutes les 5 minutes

C1. Modifiez-vous votre prise en charge ?

Oui
Non

C2. Que modifiez-vous dans la prise en charge ?

L'hospitalisation et la prise en charge au cours de celle-ci
La mise en place du suivi en externe
Autre

C3. Modifiez-vous le temps d'hospitalisation ?

Oui
Non

C4. Combien de temps l'hospitalisez-vous ?

48 H
48 H à 72 H
Entre 3 et 5 jours
Entre 6 et 10 jours
Jusqu'à l'accouchement
Autre

C5. Modifiez-vous la prise en charge au cours de l'hospitalisation ?

Oui
Non

C6. Que réalisez-vous ?

	Oui	Incertain	Non
Tocolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Touchers vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie de col	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie foetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C7. Les critères intervenant dans la prise de décision de sortie de cette patiente sont-ils différents en cas de rupture prématurée des membranes ?

Oui
Non

C8. Si oui, quels sont selon vous les 3 critères les plus importants dans la prise de décision de sortie de cette patiente ?

Longueur du col
Contractions
Proximité des professionnels de santé
Milieu socio-economique
Tocolyse complète
Corticothérapie complète
Antibiothérapie
Autre

C9. Modifiez-vous la fréquence du suivi en externe ?

Oui
Non

C10. Si oui, à quelle fréquence prescrivez-vous le suivi en externe ?

1 fois par semaine
2 fois par semaine
1 fois par jour
Autre

C11. Attribuez-vous le suivi en externe à une autre personne ?

Oui
Non

C12. Si oui, à qui ?

Sage-femme en externe (Sage-femme libérale et/ou de PMI)
Service hospitalier de grossesse à risques
Médecin traitant
Gynécologue -Obstétricien
Autre

C13. Mettez-vous en place l'ERCF à domicile dans le cas présent ?

Oui

Non

C14. Pensez-vous que le toucher vaginal a un intérêt dans le suivi en externe dans ce cas ?

Oui

Non

C15. Mettez-vous en place un traitement tocolytique d'entretien dans le cas de cette patiente ?

Oui

Non

Prenons toujours le cas de cette patiente : au cours de l'échographie de 32 SA, une échographie de col est réalisée, celle-ci révèle un col à 15mm. La patiente ne décrit pas de contractions. Elle est adressée aux urgences le jour même.

D1. Modifiez-vous votre prise en charge ?

Oui

Non

D2. Que modifiez-vous dans la prise en charge ?

L'hospitalisation et la prise en charge au cours de celle-ci

La mise en place du suivi en externe

Autre

D3. L'hospitaliserez-vous ?

Oui

Non

D4. Combien de temps ?

48 H

48 H à 72 H

Entre 3 et 5 jours

Entre 6 à 10 Jours

Jusqu'à l'accouchement

Autre

D5. Que faites-vous pour la prise en charge de cette patiente au cours de l'hospitalisation ?

ERCF 1 fois/Jour

ERCF 3 fois/Jour

ERCF 1 fois/Semaine

ERCF 2 fois/Semaine

Autre

D6. Que faites-vous pour la prise en charge au cours de l'hospitalisation ?

	Oui	Incertain	Non
Tocolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Touchers vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie de col	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie foetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. Si non, que faites-vous pour la prise en charge ?

	Oui	Incertain	Non
ERCF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Echographie de col de contrôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. Les critères intervenant dans la prise de décision de sortie de cette patiente sont-ils différents dans le cadre d'une découverte fortuite de col court ?

Oui

Non

D9. Si oui, quels sont selon vous les 3 critères les plus importants dans la prise de décision de sortie de cette patiente ?

Longueur du col

Contractions

Proximité des professionnels de santé

Milieu socio-économique

Tocolyse complète

Corticothérapie complète

Autre

D10. Modifiez-vous la fréquence du suivi en externe ?

Oui

Non

D11. Si oui, à quelle fréquence prescrivez-vous le suivi en externe ?

1 fois par semaine

2 fois par semaine

1 fois par jour

Autre

D12. Attribuez-vous le suivi en externe à une autre personne ?

Oui
Non

D13. Si oui, à qui ?

Sage-femme en externe (Sage-femme libérale et/ou de PMI)
Service hospitalier de grossesse à risques
Médecin traitant
Gynécologue -Obstétricien
Autre

D14. Mettez-vous en place l'ERCF à domicile dans le cas présent ?

Oui
Non

D15. Pensez-vous que le toucher vaginal a un intérêt dans le suivi en externe dans ce cas ?

Oui
Non

D16. Mettez-vous en place un traitement tocolytique d'entretien dans le cas de cette patiente ?

Oui
Non

E1. Si vous souhaitez apporter des commentaires, suggestions ou autres, vous pouvez le réaliser ci-dessous.

Merci pour votre participation !

Si vous souhaitez connaître les résultats de l'étude, le mémoire que je réalise sera disponible sur la plateforme DUNE au cours du dernier trimestre de 2019.

Powered by TCPDF (www.tcpdf.org)

Annexe 2

Tableau de résultats de la Vignette clinique n°1 : MAP idiopathique à 32 SA avec mesure échographique du col à 15 mm

HOSPITALISATION	OUI n=46 100%		TEMPS D'HOSPITALISATION	48H		PEC HOSPITALISATION	TOCOLYSE INCERTAIN		PEC SANS HOSPITALISATION	ERCF		1FOIS/J	
				n=9 19,57%			n=41 89,13%			n=32 69,57%			
				48-72H			CORTICOTHERAPIE INCERTAIN					3FOIS/J	
				n=26 56,52%			n= 43 93,48%			n=3 6,52%			
	NON n=0			3-5J			ANTIBIOTHERAPIE INCERTAIN			CORTICOTHER APIE		1FOIS/S	
				n=8 17,36%			n=7 15,22%			n=0		n=1 2,17%	
				6-10J			TOUCHER VAGINAL INCERTAIN			ANTIBIOTHER APIE		2FOIS/S	
				n=1 2,17%			n= 4 8,7%			n=0		n=8 17,39%	
		JUSQU'A ACCT		ECHO FŒTALE INCERTAIN				AUTRE					
		n=0		n=24 52,17%				n=2 4,34%					
		TIU		ECHO DE COL INCERTAIN									
		n=2 4,35%		n=13 28,26%									
				TIU INCERTAIN									
				n=10 21,74%									
				n= 15 32,62%									

SORTIE	OUI n=36 78,26%		CRITERES DE SORTIE	LONGUEUR DU COL		ELOIGNEMENT GEOGRAPHIQUE	<20 KM	
				n=16 35,56%			n=12 48%	
				CONTRACTIONS				
				n=27 60%				
	PROXIMITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE							
	n=25 55,56%							
NON n=10 21,74%		MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE		20-50 KM				
		n=8 17,78%		n=13 52%				
		TOCOLYSE		>50 KM				
		n=13 28,89%		n=0				
		CORTICOTHERAPIE		AUTRE				
		n=38 84,44%		n=0				
		AUTRE		n=7 15,55%				

SUIVI EN EXTERNE	OUI		FREQUECE DU SUIVI	1 FOIS/S		PERSONNE PRENANT EN CHARGE LE SUIVI	SF LIBERAL SF PMI		INTERET DANS LE SUIVI	ERCF		OUI	
	n=35 77,78%			n=21 60%			n=34 97,14%			n=32 88,89%			
	NON			2 FOIS/S						NON			
				n=13 37,14%						n=4 11,11%			
				1 FOIS/J									
				n=0									
				AUTRE			SERVICE GRE			TOUCHER VAGINAL			
				n=1 2,86%			n=4 11,43%			OUI			
			MEDECIN TRAITANT		NON								
			n=1 2,86%		n=44 95,65%								
				GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN		REPOS STRICTE							
				n=3 8,57%		OUI							
				AUTRE		NON							
				n=0		n=6 13,04%							
						n=40 86,96%							
						ECHO DE COL							
						OUI							
						n=18 39,13%							
						NON							
						n=28 60,87%							
						TOCOLYSE D'ENTRETIEN							
						OUI							
						n=3 6,52%							
						NON							
						n=43 93,48%							

Annexe 3

Tableau de résultats du Cas n° 2 : MAP à 32 SA avec un col à 15 mm associée à une RPM à liquide amniotique clair

MODIFICATION DE LA PEC	OUI	n=45 97,83%	ELEMENTS MODIFIES	PEC ET HOSPITALISATION		n=39 88,64%										
	NON	n=1 2,17%		SUIVI EXTERNE		n=11 25%										
				AUTRE		n=9 20,45%										
HOSPITALISATION	MÊME PEC	n=9 19,57%	TEMPS D'HOSPITALISATION	48H	n=0	PEC AU COURS DE L'HOSPITALISATION	MÊME PEC	n=7 15,56%	TOCOLYSE	n=31 70,45%	INCERTAIN	n=5 11,36%				
				48-72H	n=6 13,04%			CORTICOTHERAPIE	n= 41 93,18%							
				3-5 J	n=5 10,87%			ERCF/TOCOMETRIE	n=34 77,27%							
	PEC DIFFERENTES	n=37 80,43%		6-10 J	n=9 19,57%		PEC DIFFERENTES	n=38 83,44%	ANTIBIOTHERAPIE	n=38 86,36%		SUIVI BIOLOGIQUE	n= 36 81,82%	n=1 2,27%		
				JUSQU'A L'ACCOUCHEMENT TIU	n=16 34,17%				TOUCHER VAGINAL	n= 1 2,27%		ECHOGRAPHIE DE COL	n=5 11,36%	n=2 4,55%		
				AUTRE	n=7 15,22%				ECHOGRAPHIE FOETALE	n=32 72,72%		n=3 6,82%				
									n=3 6,52%	TRANSFERT IN UTERO		n=24 54,55%	n=1 2,27%	n=5 11,36%		
	CRITERES DE SORTIE	MÊME PEC		n=6 13,64%	LONGUEUR DU COL		n=3 7,69%									
					CONTRACTIONS		n=21 53,85%									
					PROXIMITE DES PROFESSIONNELS		n= 21 53,85%									
MILIEU SOSIO-ECONOMIQUE			n=7 17,95%													
PEC DIFFERENTES		n=38 86,36%	TOCOLYSE	n=8 20,51%												
			COTRICOTHERAPIE	n= 24 61,54%												
			ANTIBIOTHERAPIE	n=14 35,90%												
MODIFICATON DU SUIVI EXTERNE	MÊME PEC	n=33 75%	FREQUENCE DU SUIVI EN EXTERNE	1 FOIS/S	n=18 39,13%	PERSONNE QUI REALISE LE SUIVI	MÊME PEC	n=28 80%	SF LIBERAL	n=31 88,57%	ERCF	OUI	n=6 54,55%			
				2 FOIS/S	n=13 28,26%				SF PMI SERVICE GRE	n=8 22,86%		NON	n=5 45,45%			
				PEC DIFFERENTES	n=11 25%				1 FOIS/J	n=2 4,35%		MEDECIN TRAITANT	n=1 2,86%	TOUCHER VAGINAL	NON	n=11 100%
	AUTRE	n=13 22,26%					GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN	n=3 8,57%	TOCOLYSE ENTRETIEN	NON	n=11 100%					
							AUTRE	n=1 2,86%								



Annexe 4

Tableau de résultats du Cas n° 3 : découverte fortuite de col raccourci à 15mm à l'échographie de 32 SA

MODIFICATION DE LA PEC	OUI	n=39 84,78%	ELEMENTS MODIFIES	PEC ET HOSPITALISATION		n=27 60%										
	NON	n=7 15,22%		SUIVI EN EXTERNE		n=27 60%										
HOSPITALISATION	OUI	n= 34 75,56%	TEMPS D'HOSPITALISATION	48H	n=14 43,75%	PEC ERCF	1FOIS/JOUR		n=21 70%							
	NON	n=11 24,44%		48-72H	n=12 37,50%		3 FOIS/JOUR		n=3 10%							
				3-5J	n=3 9,38%		1 FOIS/SEMAINE		n=1 3,83%							
				6-10J	n= 2 6,25%		2 FOIS/SEMAINE		n=5 16,67%							
				JUSQU'A L'ACCT	n=1 3,13%											
PEC AU COURS DE L'HOSPITALISATION	TOCOLYSE		n=17 51,52%	PEC SI PAS D'HOSPITALISATION	ERCF TOCO	INCERTAIN	n=7 63,64%	n=1 9,09%	CRITERES IDENTIQUES	n=23 69,70	LONGEUR DU COL	n=16 48,48%				
	CORTICOTHERAPIE		n= 5 15,15%							CONTRACTIONS	n=19 57,58%					
	INCERTAIN		n= 29 87,88%								PROXIMITE DES PROFESSIONNELS		n= 11 33,33%			
	ANTIBIOTHERAPIE		n= 2 6,06%						CRITERES DIFFERENTS	n=11 30,30%	MILIEU SOCIO-ECONOMIQUE	n=9 27,27%				
	INCERTAIN		n=4 12,12%									TOCOLYSE	n=10 30,30%			
	TOUCHER VAGINAL		n= 0										CORTICOTHERAPIE	n=24 72,73%		
	INCERTAIN		n= 2 6,06%													
	ECHOGRAPHIE DE COL		n=7 21,21%						CORTICO-THERAPIE	INCERTAIN	n= 5 45,45%	n= 3 27,27%				
	INCERTAIN		n= 1 3,03%													
ECHOGRAPHIE FŒTALE		n=15 45,45%														
INCERTAIN		n= 1 3,03%														
TIU		n= 8 24,24%														
INCERTAIN		n= 8 24,24%														
FREQUENCE DU SUIVI EN EXTERNE	MÊME FREQUENCE	n= 32 72,42%	1 FOIS/SEMAINE	n=20 60,61%	SUIVI ATTRIBUE A UNE AUTRE PERSONNE	OUI	n=4 12,50%	SF LIBERALE	n=31 96,88%	ERCF EN EXTERNE	OUI	n= 10 55,56%				
			2 FOIS /SEMAINE	n=12 36,36%				SF PMI GRE	n=4 12,50%	NON			n=8 44,44%			
	FREQUENCE DIFFERENTE	n=11 25,58%	1 FOIS/JOUR	0				NON	n=28 87,50%	MEDECIN TRAITANT			n=0	TOUCHER VAGINAL	NON	n=18 100%
			1FOIS/10-15JOURS	n=1 3,03%						GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN			n=1 3,03%	TOCOLYSE ENTRETIEN	NON	n=18 100%

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. Définition	1
1.1. Etiologies	1
1.2. Epidémiologie et Facteurs de risque	2
2. Justification	2
MATERIEL ET METHODE	3
RESULTATS	4
1. Caractéristiques de la population étudiée	4
2. Cas cliniques	5
2.1. Cas clinique 1	5
2.2. Cas Clinique n°2	5
2.3. Cas clinique n°3	6
3. Comparaison des réponses	7
3.1. La prise en charge	7
3.2. Les critères de sortie et le suivi à domicile	8
3.3. Comparaison des réponses selon les caractéristiques de la population	9
DISCUSSION	17
GLOSSAIRE	20
BIBLIOGRAPHIE	21
ANNEXE 1-QUESTIONNAIRE	22
ANNEXE 2.....	30
ANNEXE 3.....	31
ANNEXE 4.....	32
TABLE DES TABLEAUX.....	34

Table des tableaux

Tableau 1- Caractéristiques de la population étudiée	4
Tableau 2- Prise en charge au cours de l'hospitalisation et comparaison des stratégies thérapeutique en fonction des caractéristiques de la patiente	7
Tableau 3- Comparaison des critères de sorties et du suivi à domicile selon les cas clinique par le test de Fisher	8
Tableau 4- Comparaison des réponses en fonction des caractéristiques de la population selon le test de Fisher .	9

CONTEXTE : La menace d'accouchement prématuré est définie comme l'association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses survenant entre 22 et 36 semaines d'aménorrhées et 6 jours. Elle peut alors aboutir à un travail et une naissance prématurés. La Menace d'accouchement prématuré touche 5,4% des patientes et cela représente 7,4% des naissances en France en 2016.

OBJECTIF : Décrire les pratiques des gynécologues obstétriciens du Réseau Sécurité Naissance dans la prise en charge et le retour à domicile de la menace d'accouchement prématuré.

MATERIEL ET METHODE : Etude qualitative, prospective par auto-questionnaire, multicentrique auprès des gynécologues obstétriciens appartenant à la Mailing-List du Réseau Sécurité Naissance. Les données ont ensuite été répertoriées via Epidata, Excel et traitées par Biostat TGV.

RESULTATS : 17,36% des gynécologues obstétriciens interrogés ont répondu complètement au questionnaire. Pour la vignette clinique n°1, une menace d'accouchement prématuré à 32 SA symptomatique avec une mesure échographique du col à 15mm, ainsi que pour la vignette clinique n°3, présentant la découverte fortuite d'un col à 15 mm chez une patiente asymptomatique à 32 SA sans antécédents, les praticiens réalisaient une corticothérapie(93,48%-87,88%), une tocolyse(89,13%-51,52%) ainsi qu'une échographie fœtale (52,17%-45,45%). Dans le cadre de la vignette clinique n°2, une menace d'accouchement prématuré associée à une rupture prématurée des membranes avec un liquide amniotique clair, les praticiens s'accordaient sur la mise en place d'une corticothérapie (93,18%), l'antibioprophylaxie (86,36%) associée à un suivi biologique (81,82%). Le critère principal dans la décision de sortie pour les 3 vignettes cliniques était la corticothérapie (de 61,54% à 87,88%). Puis de manière secondaire pour les 2 premières, l'allure des contractions. Dans les 3 vignettes cliniques, les praticiens mettaient majoritairement en place un suivi à domicile (de 33 à 100%).

DISCUSSION : Les gynécologues Obstétriciens du Réseau sécurité naissance interrogés semblent s'accorder sur la prise en charge au cours l'hospitalisation, ainsi que sur les critères intervenant dans la décision de sortie, et dans la mise en place du suivi à domicile. Des différences sont néanmoins visibles, en fonction de l'âge ou encore de l'exercice libéral ou hospitalier. La tendance générale tend à la réduction du temps d'hospitalisation mais les praticiens s'accordent pour maintenir, malgré les recommandations, le suivi à domicile.

mots-clés : Menace d'accouchement prématuré, prise en charge, retour à domicile, suivi à domicile, critères de sortie

CONTEXT The Preterm labor is defined as the association of cervical changes and regular and painful uterine contractions occurring between 22 and 36 weeks of amenorrhea and 6 days. It can then lead to labor and premature birth. The preterm labor affects 5.4% of patients and this represents 7.4% of births in France in 2016.

OBJECTIVE Describe the practices of the obstetrician gynaecologists of the Réseau Sécurité Naissance in the care of the preterm labor and the coming back home.

MATERIALS AND METHOD Qualitative, prospective self-questionnaire, multicentre study with obstetric gynecologists belonging to the Mailing-List of the Réseau Sécurité Naissance. The data were identified via Epidata, Excel and analyzed by Biostat TGV.

RESULTS 17.36% of the obstetrician gynaecologists interviewed completely answered the questionnaire. For the clinical vignette no. 1, a preterm labor at 32 SA symptomatic with an ultrasound measurement of the cervix at 15 mm, as well as for clinical vignette no. 3, with the unexpected discovery of a 15 mm cervix in an asymptomatic 32 SA patient without medical history, practitioners performed a corticosteroid therapy (93.48%-87.88%), a tocolysis (89.13%-51.52%) and a fetal ultrasound (52.17%-45.45%). As part of the clinical vignette no. 2, a preterm labor associated with premature membrane rupture with clear amniotic fluid, practitioners agreed on the setting up of corticosteroid therapy (93.18%), antibiotic prophylaxis (86.36%) associated with biological monitoring (81.82%). The main criterion in the coming back home decision for the 3 clinical vignettes was corticotherapy (from 61.54% to 87.88%). Secondly, for the first two, the level of contractions. In the 23 clinical vignettes, the majority of practitioners implemented follow-up care at home (33-100%).

DISCUSSION The obstetrician gynaecologists of the Réseau Sécurité Naissance interviewed seem to agree on the care during hospitalization, as well as on the criterion involved in the decision of coming back home, and in the setting up of the hospitalization exit. However, differences are visible, depending on the age or the liberal or hospital exercise. The general trend leads to a decrease in hospitalization time, but practitioners agree to maintain home follow-up despite the recommendations.

keywords : Preterm labor, care, back home, criterion ok coming back home

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Margot Echivard
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **14/04 /2019**

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00