



HAL
open science

COVID-19 and lockdown: Impact on pregnancy complications

I. Graff, J. Vargas, A. Vanoost, Jean Gondry, A. Foulon, C. de Broucker

► To cite this version:

I. Graff, J. Vargas, A. Vanoost, Jean Gondry, A. Foulon, et al.. COVID-19 and lockdown: Impact on pregnancy complications. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2022, 50 (3), pp.236-239. 10.1016/j.gofs.2021.12.004 . hal-03619104

HAL Id: hal-03619104

<https://u-picardie.hal.science/hal-03619104>

Submitted on 22 Jul 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Covid-19 et confinement : impact sur les complications de la grossesse

Covid-19 and lockdown: impact on pregnancy complications

Inès GRAFF¹, Cécile DE BROUCKER^{1,2}, Julien VARGAS¹, Antoine VANOOST¹, Jean GONDRY^{1,2}, Arthur FOULON^{1,2}

1. Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Amiens Picardie, 1 Bd du Pr Christian Cabrol, 80054 Amiens
2. Université Picardie Jules Vernes, UFR de Médecine, 3 rue des Louvels, 80000 Amiens

Auteur correspondant :

Dr Arthur Foulon

M.D., Ph.D.

Service de Gynécologie Obstétrique

1 Bd du Pr Christian Cabrol

80054 Amiens

foulon.arthur@chu-amiens.fr

Tel : +33.3.22.08.73.82

Titre court : Confinement et complications obstétricales

Short title: Lockdown and pregnancy complications

Mots clefs : confinement ; pathologies obstétricales ; menace d'accouchement prématuré ; accouchement prématuré ; COVID-19

Mesh words: lockdown ; obstetrical pathologies ; premature delivery threats ; premature delivery ; COVID-19

Financement : Aucun

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

1 INTRODUCTION

2

3 Début 2020, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré l'état d'urgence de santé
4 publique à portée internationale lié à l'évolution rapide de la pandémie due à la COVID-19. Il
5 en a résulté l'instauration d'un confinement total de la population dans de nombreux pays
6 dont la France du 17 mars au 11 mai 2020 avec une diminution des déplacements la semaine
7 précédant l'annonce officielle ainsi que jusqu'à la fin du mois de mai avec la reprise
8 progressive d'un rythme de vie habituel. Ce confinement a consisté en la fermeture des lieux
9 non essentiels à la vie courante ainsi qu'au développement du télétravail pour tous les métiers
10 le permettant. Les conditions de délivrances des arrêts de travail ont été assouplies pour les
11 femmes enceintes au 3^{ème} trimestre de grossesse avec la possibilité d'en bénéficier sur simple
12 demande. Au cours de cette période, les déplacements et activités des femmes enceintes ont
13 donc été réduits au strict minimum.

14 La menace d'accouchement prématuré se définit comme l'apparition de contractions utérines
15 entre 22 semaines d'aménorrhées (SA) et 36 SA + 6 jours associées à des modifications
16 cervicales. Elle peut évoluer spontanément vers l'accouchement prématuré en l'absence
17 d'une prise en charge active dans 20 à 40% des cas selon les études [1]. L'accouchement
18 prématuré est une cause importante de morbidité et de mortalité dans la période périnatale
19 mais également à long terme. En Europe, son incidence varie entre 5 et 9% des grossesses
20 selon les pays [2, 3]. La pénibilité au travail (contraintes physiques marquées, environnement
21 physique agressif, rythme de travail soutenu ou répétitif) est identifiée comme un facteur de
22 risque d'accouchement prématuré. Cependant l'ensemble des facteurs de risque socio-
23 économiques impliqués dans les MAP ne sont pas complètement compris ou identifiés [2, 4,
24 5]. D'autres facteurs de risques sont quant à eux bien identifiés tel que les infections, les
25 traumatismes ou encore le stress [2, 6].

26 Durant ce confinement, il a été constaté une diminution rapide du taux de passage aux
27 urgences gynécologiques et obstétricales comme l'ont mis en évidence en Israël Kugelman *et*
28 *al.* avec un nombre de passage aux urgences obstétricales au pic de la pandémie (15 mars au
29 12 avril 2020) de 398 contre 544 sur la même période l'année précédente [7]. En France,
30 Mesnier *et al.* ont mis en évidence une réduction de 30% du taux d'hospitalisation pour
31 infarctus du myocarde au cours des 4 semaines de confinements [8]. Une équipe indienne a
32 mis en évidence une réduction significative du taux d'hospitalisation dans le service de
33 grossesse à haut risque (332 pendant la période Covid-19 vs 505 pendant la période pré
34 Covid19 ; $p < 0,05$) [9]. D'autres études se sont intéressées essentiellement aux conséquences

35 de cette période sur les accouchements prématurés. Une équipe irlandaise a mis en évidence
36 une réduction significative de 73% du taux d'accouchement prématuré au cours de la période
37 de confinement (8,18/1000 naissance vivante entre 2001 et 2019 vs. 2,17/1000 naissance
38 vivante en 2020 ; $p=0,022$) [10]. Au Danemark, il a également été observé une réduction
39 significative du taux d'accouchement prématuré avec un taux de naissance extrêmement
40 prématurées de 0,19/1000 naissance sur la période du confinement de 2020 contre 2,19/1000
41 naissance au cours de la même période entre 2015 et 2019 ($p<0,001$) [11].

42

43 L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'impact du confinement sur le taux de
44 menace d'accouchement prématuré (MAP) et le taux d'accouchement prématuré (AP) en
45 Picardie, région très fortement et rapidement touchée par la pandémie. Les objectifs
46 secondaires étaient d'évaluer également l'impact du confinement sur les autres complications
47 possibles de la grossesse.

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69 **MATERIEL ET METHODES**

70

71 Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, multicentrique menée au sein du CHU
72 Amiens Picardie (maternité de type 3), des centres hospitaliers de Beauvais, Compiègne et
73 Saint-Quentin (maternités de type 2B).

74 Afin d'être le plus exhaustif possible dans le recrutement des patientes nous avons croisés les
75 données issues des Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) avec
76 les registres d'hospitalisation et les registres de naissance. Les périodes étudiées étaient du 15
77 mars au 31 mai 2018, 2019 et 2020.

78 Les données nécessaires à l'étude ont été récupérées à partir des dossiers informatisés de
79 chaque centre : comptes rendus d'hospitalisation, compte rendu opératoire et dossiers
80 d'hospitalisations de chaque patiente. Les données recueillies comportaient l'âge, l'IMC,
81 l'histoire obstétricale de chaque patiente (antécédent d'accouchement, pathologies
82 gravidiques), le motif d'hospitalisation, la durée d'hospitalisation, le terme d'hospitalisation.

83

84 ***Population***

85 Nous avons inclus toutes les patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré
86 ou autres pathologies gravidiques (rupture prématurée des membranes, pré-éclampsie,
87 cholestase, métrorragie, pyélonéphrite, colique néphrétique, surveillance de rythme cardiaque
88 fœtal, diminution de mouvement actif fœtaux, retard de croissance intra-utérin, hydramnios,
89 anémie, hyperthermie, hypertension artérielle, décompensation psychiatrique, vomissement,
90 thrombopénie, douleur abdominale, mort fœtale intra-utérine). Nous avons également inclus
91 les accouchements prématurés.

92

93 Nous avons exclu les patientes s'opposant à ce que leurs données personnelles soient
94 réutilisées dans le cadre de la recherche, les termes inférieurs à 15 SA, les hospitalisations
95 pour interruption médicale de grossesse (IMG).

96

97 La prématurité était définie par un accouchement avant 37 SA, la prématurité modérée par un
98 accouchement entre 32 et 34 SA, la grande prématurité entre 28 et 31+6 SA et l'extrême
99 prématurité par un accouchement avant 28 SA.

100

101

102 ***Analyse statistique***

103 L'ensemble des résultats est présenté sous la forme d'une moyenne \pm écart-type. Les
104 comparaisons entre les groupes concernant les variables qualitatives ont été effectuées par le
105 test non paramétrique de Chi 2 ou, pour les petits effectifs, le test exact de Fisher et avec le
106 test t de Student pour les variables quantitatives. L'ensemble des analyses statistiques ont été
107 réalisées à l'aide du logiciel Prism (Graphpad®, version 8.0) et du logiciel excel
108 (Windows®). La différence testée a été considérée comme significative si $p < 0,05$.

109

110 ***Protection des données***

111 Cette étude a été approuvée par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
112 (DRCI) locale et enregistrée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des
113 libertés (CNIL) : PI_2021_843_0085.

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135 **RESULTAT**

136

137 Au total, 608 patientes hospitalisées dans les services de grossesse à haut risque sur
138 l'ensemble des centres hospitaliers et pour les 3 années ont été incluses.

139

140 L'âge moyen de la population sur l'ensemble des hôpitaux était de $29,2 \pm SD 5,6$ ans en
141 2018/2019 contre $28,9 \pm SD 5,8$ ans en 2020. Les populations étaient comparables sur
142 l'ensemble des caractéristiques étudiées sur les différents hôpitaux. On notait cependant un
143 taux plus élevé d'utérus cicatriciel (14,1% (61/432) en 2018-2019 *vs.* 20,5% (36/176) en
144 2020 ; $p=0,05$) et multi cicatriciel (3,2% (14/432) en 2018-2019 *vs.* 7,9% (14/176) en 2020 ;
145 $p=0,01$) en 2020. Les caractéristiques cliniques de la population globale sont détaillées dans
146 le tableau 1.

147

148 Nous avons retrouvé une diminution du nombre d'hospitalisations sur l'ensemble des
149 hôpitaux de 15% entre 2019 (n=207) et 2020 (n=176). Cette diminution du nombre
150 d'hospitalisations était de 8% entre 2018 (n=225) et 2019 (n=207). On notait également une
151 réduction de 22% des hospitalisations sur l'ensemble des hôpitaux en 2020 (n=176) par
152 rapport à 2018 (n=225).

153

154 Concernant les MAP il a été retrouvé une diminution non significative des hospitalisations
155 pour MAP sur l'ensemble de notre population (31,9% (138/432) en 2018/2019 *vs.* 26,1%
156 (46/176) en 2020 ; $p=0,1$). Il existait une réduction statistiquement significative du taux
157 d'hospitalisation pour RPM (16,9% (73/432) en 2018/2019 contre 9,7% (17/176) en 2020 ;
158 $p=0,02$). Les détails concernant les taux d'hospitalisations pour chaque pathologie sont
159 répertoriés dans le tableau 2.

160

161 Il existait une réduction statistiquement significative du taux d'accouchement prématuré en
162 2020 sur les 4 principales maternités publiques de Picardie (9,3% (276/2961) en 2018/2019
163 *vs.* 6,8% (96/1416) en 2020 ; $p < 0,05$) (Tableau 3). Nous n'avons pas retrouvé de
164 différences significatives sur le taux de mort fœtale intra-utérine (MFIU) (9,8% (27/2961) en
165 2018/2019 *vs.* 11,5% (11/1416) ; $p = 0,6$).

166

167

168

169 DISCUSSION

170

171 Nous avons mis en évidence une réduction significative des accouchements prématurés ainsi
172 que des ruptures prématurés des membranes pendant la période de confinement dans une des
173 régions françaises les plus touchées dès le début de la pandémie. Nous n'avons pas retrouvé
174 plus d'hospitalisation pour menace d'accouchement prématuré ni d'impact sur le taux de
175 MFIU.

176 Simon et al. ont également mis en évidence, en France, une diminution significative des
177 accouchements prématurés de plus de 7% pendant la période de confinement par rapport à la
178 même période sur les 3 années précédentes [12]. Des résultats similaires sont également
179 retrouvés dans d'autres pays européens comme en Irlande [10], au Danemark [11] ou encore
180 aux Pays-Bas [13]. Ces résultats peuvent être expliqués par la mise au repos forcé des
181 femmes enceintes n'ayant pas pu poursuivre leur travail lors du confinement. En effet, la
182 pénibilité au travail est un facteur de risque connu d'accouchement prématuré. Comme l'ont
183 montré Cai *et al.*, travailler plus de 55,5 heures par semaine augmente le risque
184 d'accouchement prématuré de 10% comparé aux femmes travaillant 40 heures par semaine
185 [14]. D'autres activités ont également été réduites (déplacement en voiture, activités
186 physiques).

187 A l'inverse, l'étude de Khalil et al. ne met pas en évidence de différence significative sur le
188 taux d'accouchement prématurés au début de la période de pandémie au Royaume-Uni [15].
189 Au Népal, une étude prospective retrouve une augmentation significative de plus de 3% des
190 accouchements prématurés pendant la période de confinement [16].

191

192 Notre étude met également en évidence une réduction significative des RPM lors du
193 confinement de 2020. Ces résultats sont également en accord avec l'étude de Hedermann *et*
194 *al.* qui mettait en lumière le rôle probable de l'hygiène dans la réduction des accouchements
195 prématurés grâce à la réalisation des gestes barrières [11].

196

197 Tout comme Simon *et al.* [12] nous n'avons pas mis en évidence une augmentation des
198 MFIU pendant la période de confinement. D'autres études évoquent quant à elles une
199 augmentation significative des MFIU au début de la période de pandémie [15-17].

200

201 Nos résultats concernant la diminution des hospitalisations sont en accord avec les premières
202 études réalisées. En effet, deux études indiennes mettent en évidence une réduction des

203 hospitalisations dans les service de grossesses à hauts risques pendant la période de
204 confinement [9, 17]. L'équipe de Kugelman *et al.* en Israël retrouvait une diminution des
205 passages aux urgences obstétricales au pic de la pandémie avec 398 passages aux urgences du
206 15 mars au 12 avril 2020 contre 544 passages aux urgences sur la même période en 2019 [7].
207 Kumari *et al.* observaient des résultats similaires concernant la réduction des consultations
208 aux urgences obstétricales en Inde [17]. Cette réduction des hospitalisations peut être
209 expliquée par la peur d'aller consulter, liée à la peur de l'infection, accentuée par les
210 messages transmis par les médias et les autorités indiquant la nécessité de rester chez soi sans
211 aller surcharger les hôpitaux.

212

213 Notre étude à l'avantage d'être multicentrique. Nous avons inclus les patientes de quatre des
214 cinq principales maternités de Picardie permettant une représentation globale de l'activité.
215 Notre région fut l'une des plus rapidement touchée dès le début de la pandémie en mars 2020.
216 Cependant certaines limites de notre étude méritent d'être soulignées. Il s'agit d'une étude
217 rétrospective qui par définition ne permet pas de donner de lien de causalité entre le
218 confinement et les résultats observés. Il faut également noter la difficulté de recherche des
219 informations car la qualité du recueil dépend de la qualité de tenue des dossiers avec un
220 risque de perte d'information ce qui constitue un biais d'écriture. La taille de nos échantillons
221 est insuffisante pour mettre en évidence une différence significative pour la plupart des
222 pathologies et notamment pour les MAP. Une étude prolongée sur l'année 2020 pourrait
223 également évaluer si la mise en place de confinements répétés et de couvre-feux a maintenu
224 ces tendances ou s'il a été observé un rebond d'hospitalisation pour des pathologies à un
225 stade plus avancé lié à la peur de consulter lors du confinement. A noter que dans l'étude de
226 Simon *et al.* la diminution du nombre d'accouchement prématuré était également observée de
227 Juin à Septembre 2020, après la fin du confinement [12].

228

229 Le confinement a donc eu un bénéfice immédiat dans notre région sur certaines pathologies
230 obstétricales et notamment sur les accouchements prématurés et les ruptures prématurées des
231 membranes. Nous n'avons pas mis en évidence une augmentation des MFIU. Il serait
232 désormais intéressant d'évaluer le ressenti psychologique de nos patientes face à cette crise
233 sanitaire.

234

235 **Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

236

237
238

239 **Références**

- 240 1. HAS. Haute Autorité de Santé. Mesure de la longueur du canal cervical du col de
241 l'utérus par échographie par voie vaginale, Intérêt dans la prévision de l'accouchement
242 prématuré spontané - HAS; 2010 [Internet] Disponible sur : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_894981/fr/mesure-de-la-longueur-du-canal-cervical-du-col-de-l-uterus-par-echographie-par-voie-vaginale-interet-dans-la-prevision-de-l-accouchement-premature-spontane)
243 [sante.fr/jcms/c_894981/fr/mesure-de-la-longueur-du-canal-cervical-du-col-de-l-uterus-par-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_894981/fr/mesure-de-la-longueur-du-canal-cervical-du-col-de-l-uterus-par-echographie-par-voie-vaginale-interet-dans-la-prevision-de-l-accouchement-premature-spontane)
244 [echographie-par-voie-vaginale-interet-dans-la-prevision-de-l-accouchement-premature-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_894981/fr/mesure-de-la-longueur-du-canal-cervical-du-col-de-l-uterus-par-echographie-par-voie-vaginale-interet-dans-la-prevision-de-l-accouchement-premature-spontane)
245 [spontane](https://www.has-sante.fr/jcms/c_894981/fr/mesure-de-la-longueur-du-canal-cervical-du-col-de-l-uterus-par-echographie-par-voie-vaginale-interet-dans-la-prevision-de-l-accouchement-premature-spontane)
- 246 2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of
247 preterm birth. *The Lancet*. 2008;371:75-84.
- 248 3. Delnord M, Blondel B, Zeitlin J. What contributes to disparities in the preterm birth
249 rate in European countries ? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27:133-42.
- 250 4. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy :
251 implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*.
252 2012;25:141-
- 253 5. Dunkel Schetter C. Psychological Science on Pregnancy : Stress Processes,
254 Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annu Rev Psychol*. 2011;62:531-
255 58.
- 256 6. Aitokallio-Tallberg A, Halmesmäki E. Motor vehicle accident during the second or
257 third trimester of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76:313-7.
- 258 7. Kugelman N, Lavie O, Assaf W, Cohen N, Sagi-Dain L, Bardicef M, et al. Changes in
259 the obstetrical emergency department profile during the COVID-19 pandemic. *J Matern Fetal*
260 *Neonatal Med*. 2020;1-7.
- 261 8. Mesnier J, Cottin Y, Coste P, Ferrari E, Schiele F, Lemesle G, et al. Hospital
262 admissions for acute myocardial infarction before and after lockdown according to regional
263 prevalence of COVID-19 and patient profile in France : a registry study. *Lancet Public*
264 *Health*. 2020;5:e536-42.
- 265 9. Goyal M, Singh P, Singh K, Shekhar S, Agrawal N, Misra S. The effect of the
266 COVID-19 pandemic on maternal health due to delay in seeking health care : Experience
267 from a tertiary center. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;152:231-5.
- 268 10. Philip RK, Purtill H, Reidy E, Daly M, Imcha M, McGrath D, et al. Reduction in
269 preterm births during the COVID-19 lockdown in Ireland : a natural experiment allowing
270 analysis of data from the prior two decades. *BMJ Global Health*. 2020 p. 5:e003075.
- 271 11. Hedermann G, Hedley PL, Bækvad-Hansen M, Hjalgrim H, Rostgaard K, Poorisrisak
272 P, et al. Danish premature birth rates during the COVID-19 lockdown. *Arch Dis Child - Fetal*
273 *Neonatal Ed*. 2021;106:93-95.
- 274 12. Simon E, Cottenet J, Mariet AS, Bechraoui-Quantin S, Rozenberg P, Gouyon JB et al.
275 Impact of the COVID-19 pandemic on preterm birth and stillbirth: a nationwide, population-
276 based retrospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225:347-348
- 277 13. Been JV, Burgos Ochoa L, Bertens L, Schoenmakers S, Steegers E, Reiss I. Impact of
278 COVID-19 mitigation measures on the incidence of preterm birth: a national quasi-
279 experimental study. *Lancet Public Health*. 2020;5:e604-e611

- 280 14. Cai C, Vandermeer B, Khurana R, Nerenberg K, Featherstone R, Sebastianski M, et
281 al. The impact of occupational shift work and working hours during pregnancy on health
282 outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221:563-76.
- 283 15. Khalil A, Dadelszen P, Draycott T, Ugwumadu A, O'Brien P, Magee L. Change in the
284 incidence of stillbirth and preterm delivery during the COVID-19 pandemic. *JAMA.*
285 2020;10 :705-706.
- 286 16. Kc A, Gurung R, Kinney M, Sunny A, Moinuddin M, Basnet O et al. Effect of the
287 COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes
288 in Nepal: a prospective observational study. *Lancet Glob Health.* 2020;8=e1273-1281.
- 289 17. Kumari V, Mehta K, Choudhary R. COVID-19 outbreak and decreased hospitalization of
290 pregnant women in labour. *Lancet Glob Health.* 2020;!e1116-e1117.
- 291

Tableau 1 : Caractéristiques de l'ensemble de la population

	Total 2018/2019 (n=432) n (%)	Total 2020 (n=176) n (%)	p-value
Age (ans)	29,2 (± 5,6)	28,9 (± 5,8)	0,6
IMC	26,9 (± 6,1)	27,4 (± 6,1)	0,5
gestité	2,6 (± 2)	2,8 (± 1,8)	0,2
parité	1,1 (± 1,4)	1,2 (± 1,3)	0,5
terme (SA)	30,3 (± 5,1)	30,1 (± 5,2)	0,6
primipare	191 (44,2)	71 (40,3)	0,4
multipare	241 (55,8)	105 (59,7)	0,4
singleton	396 (91,7)	159 (90,3)	0,6
bichoriale-biamniotique	25 (5,8)	13 (7,4)	0,5
monochoriale-biamniotique	10 (2,3)	3 (1,7)	0,6
mono-monoamniotique	1 (0,2)	0	0,5
triple	0	1 (0,6)	0,1
atcd obstétricaux			
AVB	114 (26,4)	79 (44,9)	< 0,05
utérus cicatriciel	61 (14,1)	36 (20,5)	0,05
utérus mult cicatriciel	14 (3,2)	14 (7,9)	0,01
FCT	5 (1,2)	0	0,1
MFIU	12 (2,8)	1 (0,6)	0,08
AP	22 (5,1)	9 (5,1)	0,9
MAP	17 (3,9)	1 (0,6)	0,02
IMG	6 (1,4)	5 (2,8)	0,2

Les variables quantitatives sont données en moyenne ± écart-type

IMC : Indice de Masse Corporelle

SA : semaine d'aménorrhée

ATCD : antécédents

AVB : accouchement voie basse

FCT : fausse couche tardive

MFIU : mort fœtale in-utero

AP : accouchement prématuré

MAP : menace d'accouchement prématuré

IMG : interruption médicale de grossesse

Tableau 2 : Motifs d'hospitalisation dans les services de grossesses pathologiques de l'ensemble des hôpitaux

	2018/2019 n=432 n (%)	2020 n=176 n (%)	p-value
MAP	138 (31,9)	46 (26,1)	0,1
RPM	73 (16,9)	17 (9,7)	0,02
PE/HELLP	34 (7,9)	10 (5,7)	0,3
Métrorragie	41 (9,7)	25 (14,2)	0,1
Pyélonéphrite	30 (6,9)	22 (12,5)	0,02
Colique néphrétique	12 (2,8)	1 (0,6)	0,08
RCF	7 (1,6)	5 (2,8)	0,3
RCIU	12 (2,8)	7 (3,7)	0,4
CU	7 (1,6)	7 (3,9)	0,07
MAF	11 (2,5)	2 (1,1)	0,3
Cholestase	9 (2,1)	4 (2,3)	0,9
Hydramnios	1 (0,2)	1 (0,6)	0,5
Diabète	2 (0,5)	4 (2,3)	0,04
MFIU	16 (3,7)	5 (2,8)	0,6
STT	2 (0,5)	1 (0,6)	0,9
Divers	36 (8,3)	15 (8,5)	0,9

MAP : menace d'accouchement prématuré

RPM : rupture prématuré des membranes

PE : pré-éclampsie

RCIU : retard de croissance intra-utérin

RCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal

MAF : diminution des mouvements actif foetaux

CU : contraction utérine

STT : syndrome transfuseur-transfusé

MFIU : mort fœtale intra-utérine

Tableau 3 : Taux d'accouchement prématurés sur l'ensemble des hôpitaux

	Total 2018/2019 (n=2961) n (%)	Total 2020 (n=1416) n (%)	p-value
Prématurité (< 37 SA)	276 (9,3)	96 (6,8)	< 0,05
extrême prématurité (< 28 SA)	29 (10,5)	7 (7,3)	0,4
grande prématurité (28-31 SA)	39 (14,1)	10 (10,4)	0,3
prématurité modérée (32-34 SA)	181 (65,6)	68 (70,8)	0,3