

Introduction

Reconnue depuis le début du siècle comme liée à la classe sociale, la prématurité a été l'objet à partir des années 70 d'efforts importants de la part des pouvoirs publics en France, sous l'impulsion de plusieurs équipes d'obstétriciens et de néonatalogistes. Les travaux français ont montré que certains facteurs de risque socio-économique, parfaitement identifiés, en particulier ceux liés aux travaux pénibles pouvaient être accessibles à une action de prévention. Des interventions ont été mises en place pour aménager les conditions de travail, informer les femmes sur les risques encourus durant la grossesse, former le personnel médical et améliorer les soins au cours des consultations prénatales. Elles ont concerné l'ensemble des femmes et, contrairement à ce qui a pu être mis en place dans d'autres pays, elles n'ont pas été limitées à des populations ciblées sur leur niveau de risque supposé. Parallèlement à ces mesures, on a pu observer une baisse de la prématurité en France. En effet, plusieurs enquêtes transversales représentatives de toutes les naissances en France (1972, 1976, 1981 et 1988-89) et une grande étude longitudinale effectuée sur celles de la ville de Haguenau (entre 1971 et 1982) ont démontré une diminution de la prématurité (naissance avant 37 semaines d'aménorrhée) de près de 50 %, y compris une diminution de la grande prématurité (naissance avant 33 semaines d'aménorrhée). A partir de la fin des années 80, la prématurité a cessé de baisser ; une des raisons a été l'augmentation de la prématurité par décision médicale liée à l'amélioration des techniques de surveillance de l'état de l'enfant in utero.

Afin de poursuivre l'amélioration des résultats périnataux, il faut évaluer notre capacité à agir sur d'autres facteurs de risque de prématurité et en particulier de grande prématurité. Pour des raisons évidentes de facilité, le critère de définition de la prématurité et de la grande prématurité a pendant longtemps été le poids de naissance, entretenant ainsi la confusion entre deux mécanismes pathologiques différents : celui de la prématurité et celui du retard de croissance intra-utérin. Il est clairement établi aujourd'hui que seul l'âge gestationnel peut définir la prématurité. Les causes de prématurité et d'hypotrophie foetale sont d'ailleurs souvent différentes, même si l'hypotrophie peut être une cause de grande prématurité, en particulier quand une décision d'extraction très précoce est prise face au danger d'anoxie cérébrale du fœtus.

Certaines causes de prématurité et de grande prématurité apparaissent difficilement accessibles à la prévention : anomalies de l'utérus (malformations, béances cervico-isthmiques), du placenta (insertion basse) et des membranes foetales (hydramnios, décollements, ruptures). D'autres, comme les grossesses multiples, les infections et certains facteurs liés aux conditions de vie, doivent

être pris en compte dans une perspective de recherche pouvant aboutir à plus court terme à de nouveaux axes de prévention. Les grossesses multiples, même gemellaires, sont un facteur de risque majeur de grande prématurité. La moitié environ des jumeaux naissent prématurément, et près de 10 % très prématurément. Ce pourcentage augmente bien entendu en cas de grossesse triple ou quadruple. Le développement récent des traitements d'induction de l'ovulation et de fécondation *in vitro* a pour effet d'augmenter significativement le nombre de grossesses triples ou quadruples. Réduire le nombre de grossesses multiples semble être un objectif accessible à mettre en relation avec une pratique mieux contrôlée de l'induction d'ovulation.

Des travaux de plus en plus nombreux ont attiré l'attention des obstétriciens sur le risque de prématurité lié aux infections urinaires et vaginales, que ces infections soient cliniquement identifiées ou asymptomatiques. Cependant, la variation des profils bactériologiques chez les femmes d'un pays à l'autre, en fonction de leur mode de vie, implique de mener des travaux plus approfondis dans ce domaine en France afin de préconiser les mesures adéquates.

Un certain nombre de facteurs tels que l'usage du tabac, la consommation d'alcool ou de caféine et en général l'alimentation pendant la grossesse ont toujours été considérés comme pouvant avoir une influence sur la prématurité, alors que leur impact se situe plus vraisemblablement au niveau de la croissance intra-utérine. Très peu de travaux se sont, jusqu'à maintenant, intéressés à leur effet sur la grande prématurité.

Si l'activité professionnelle et les conditions de travail ont été très sérieusement prises en compte dès les années 70 en France, il n'en demeure pas moins que certaines femmes exerçant des métiers pénibles restent encore particulièrement exposées. De plus, dans une situation socio-économique difficile qui accroît la précarité sociale des femmes enceintes dans les milieux les plus défavorisés, une vigilance semble devoir être maintenue pour assurer aux femmes un accès gratuit aux soins pendant leur grossesse. Stress, isolement, insuffisance du support social ou déni de grossesse sont autant de facteurs de risque de prématurité sur lesquels une intervention pourrait être entreprise à condition que des études méthodologiquement solides définissent les protocoles d'action.