



HAL
open science

Quel est le motif de non sortie en hospitalisation à domicile des patientes éligibles suivies pour rupture prématurée des membranes

Audrey Poidevin

► **To cite this version:**

Audrey Poidevin. Quel est le motif de non sortie en hospitalisation à domicile des patientes éligibles suivies pour rupture prématurée des membranes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01382671

HAL Id: dumas-01382671

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382671>

Submitted on 21 Nov 2016

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

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

**Université LILLE II
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHRU DE LILLE**

Quel est le motif de non sortie en hospitalisation à domicile des patientes éligibles suivies pour rupture prématurée des membranes ?

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

Audrey POIDEVIN

Née le 11/08/1992

Sous la direction de Charles GARABEDIAN
Chef de clinique-Assistant Hospitalo-Universitaire, Jeanne de Flandre

Promotion année 2016

Quel est le motif de non sortie en hospitalisation à domicile des patientes éligibles suivies pour rupture prématurée des membranes ?

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

Audrey POIDEVIN

Née le 11/08/1992

Sous la direction de Charles GARABEDIAN
Chef de clinique-Assistant Hospitalo-Universitaire, Jeanne de Flandre

Préface

Remerciements

Avant de commencer la présentation de mon mémoire, je tiens à remercier du fond du cœur toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail :

Mon maître de mémoire, le Docteur Garabedian, pour son accompagnement à chaque étape de mon mémoire, sa disponibilité, ses précieux conseils, son soutien. Je lui adresse mes sincères remerciements

Mme Philippe, ma guidante de mémoire, pour ses conseils dans mes recherches et son soutien dans la réalisation de ce mémoire

Mme Boujdila Amal du Département de Gestion de l'information et de la documentation, pour sa gentillesse et ses précieux conseils lors de mon travail de recherche

Mme Vanbremeersch Catherine, Cadre de Soins du service d'HAD de Lille, pour le précieux temps qu'elle m'a accordé

Mr Daniel Venier et Sandrine pour leur travail de relecture

Emilie, Lucie, Elif, Faustine et Marie, pour leur soutien et leur amitié durant ces dernières années

Mes parents, pour leur soutien sans faille, leur patience illimitée et pour tous les sacrifices qu'ils ont fait pour me voir un jour diplômée. Je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance

Quentin pour ton travail de relecture et tes précieux conseils. Merci pour ta patience, ton soutien et tes encouragements au quotidien durant ces quatre dernières années.

J'espère que vous prendrez autant de plaisir à lire ce mémoire que j'en ai pris à le réaliser

Table des Matières :

Préface.....	1
Abréviations :.....	4
Lexique :.....	5
Introduction.....	6
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	7
I/ POURQUOI L'HOSPITALISATION A DOMICILE ?.....	8
1) Bilan de la Situation Périnatale en France.....	8
2) Une politique de réduction des coûts de santé :.....	8
3) Répercussion psycho-sociale de l'hospitalisation conventionnelle en périnatalité :.....	8
II/ DEVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE :.....	10
1) Historique général :.....	10
2) Historique de la mise en place de l'Hospitalisation à Domicile dans le cadre de l'obstétrique :.....	10
3) Cadre législatif :.....	11
III/ LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES PEUT-ELLE ÊTRE SUIVIE EN HOSPITALISATION A DOMICILE ?.....	12
1) Définition et fréquence de la rupture prématurée des membranes.....	12
2) Conséquences maternelles et néonatales de la rupture prématurée des membranes :.....	12
3) Avantages et inconvénients de l'Hospitalisation à Domicile.....	13
a) Inconvénients :.....	13
b) Avantages :.....	14
4) Etude sur la prise en charge des ruptures prématurées des membranes en Hospitalisation à Domicile.....	15
IV/ MISE EN PLACE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LE CADRE DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A LILLE.....	16
V/ L' EXPERIENCE DU CHRU DE LILLE ET LA PROBLEMATIQUE DES CRITERES DE SORTIE :.....	17
MATERIELS ET METHODE.....	19
I/ PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	20
1) Problématique :.....	20
2) Objectifs :.....	20
3) Hypothèses :.....	20
II/ METHODOLOGIE DE L'ETUDE :.....	20
1) Type d'étude, période et population d'étude :.....	20
2) Recueil de données :.....	21
a) Méthode :.....	21
b) Analyse des données :.....	21
3) Résultats de l'Etude :.....	21
a) Renseignements généraux :.....	22

b) Motif de non sortie en Hospitalisation à Domicile :.....	26
c) Naissance, devenir maternel et néonatal :	27
ANALYSE ET DISCUSSION	30
I/ LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE :	31
II) ANALYSE DES RESULTATS :.....	31
1) Population d'étude :	31
2) La problématique des motifs de non sortie en Hospitalisation à Domicile :.....	32
2.1) Motifs psycho-socio-environnementaux :.....	32
2.2) Motifs médicaux :	33
III/ OUVERTURE ET PROPOSITIONS :	37
Conclusion :	39
Bibliographie :	40
ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.
.....	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 1 : Protocole « rupture des membranes avant 36 SA	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 2 : Secteur d'intervention de l'HAD dans la métropole Lilloise ..	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXE 3 : Autorisation de recherche	Erreur ! Signet non défini.

Abréviations :

IMG : Interruption Médicale de Grossesse
HAD : Hospitalisation à Domicile
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
CNAMTs : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
RPM : Rupture Prématuration des Membranes
SA : Semaines d'Aménorrhée
HAS : Haute Autorité de Santé
PV : Prélèvement Vaginal
ECBU : Examen cytbactériologique des Urines
ERCF : Examen du Rythme Cardiaque Fœtal
NFS : Numération Formule Sanguine
CRP : C réactive Protéine
SAMU : Service d'aide médicale urgente
DGID : Département de Gestion de l'information et de la Documentation
IMC : Indice de Masse Corporelle
RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin
PFE : Poids Fœtal Estimé
HRP : Hématome rétroplacentaire
MAP : Menace d'Accouchement Prématuration
ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

Lexique :

Mortalité néonatale : enfants nés vivants décédés avant 28 jours

Taux de mortinatalité : Nombre des enfants mort-nés par rapport à celui des naissances normales pour une période et dans une population donnée. Le taux de mortinatalité exprime le nombre de décès in utéro sur 1000 naissances.

Prématurité : enfant né viable avant terme (par convention avant la 37^e semaine révolue de la grossesse) et donc nécessitant des soins spéciaux.

Introduction

L'Hospitalisation à Domicile dans le cadre des grossesses compliquées est actuellement en plein essor en France et notamment dans la métropole Lilloise. Son but premier est alors de prendre en charge à domicile des pathologies nécessitant habituellement de très longues durées d'hospitalisation. C'est donc pour cela que depuis peu, l'HAD s'oriente vers le suivi à domicile des patientes ayant rompu prématurément les membranes. Cependant, l'HAS en avril 2011 a établi dans le cadre des ruptures prématurées des membranes avant terme que « les conditions d'éligibilité d'un éventuel retour à domicile [étaient] rarement remplies et surtout [que] la sécurité d'un suivi à domicile [n'avait] pas été établie ». En effet, peu de centres médicaux du monde pratiquent ce type de prise en charge. La littérature est donc assez pauvre en ce qui concerne les conditions médicales requises afin d'assurer la sécurité médicale de ce type de suivi. En conséquence, il existe actuellement un débat de l'ensemble de la communauté médicale en ce qui concerne les critères de non sortie en HAD.

Depuis maintenant sept ans, le CHRU de Lille innove donc en mettant en place un nouveau protocole de suivi de ces patientes en service d'HAD. En 2013, L'équipe Lilloise menée par le Docteur Garabedian a réalisé une étude comparative des patientes ayant rompu prématurément, suivies en hospitalisation à domicile et celles suivies en hospitalisation conventionnelle (référence). Dans cette étude, 20% des patientes n'ont pas bénéficié de la prise en charge en HAD alors qu'elles y étaient éligibles préférant ainsi le parcours en hospitalisation traditionnelle.

De cette étude s'est donc dégagée la problématique de mon mémoire : « Quel est le motif de non sortie en hospitalisation à domicile des patientes éligibles suivies pour rupture prématurée des membranes ? »

*REVUE DE LA
LITTERATURE*

II/ POURQUOI L'HOSPITALISATION A DOMICILE ?

1) Bilan de la Situation Périnatale en France

La diminution de la mortalité périnatale faisant partie des objectifs de Santé Publique établie lors de la loi du 9 août 2004 (1), nous avons pu observer des progrès importants réalisés ces dernières années.

Ainsi, la mortalité néonatale (2) est passée de 2.6 décès dans les 27 premiers jours après la naissance en 2003 à 2.3 en 2010. Cette baisse est néanmoins moins importante que la plupart des autres pays de l'Union Européenne, plaçant la France en 17^e position derrière l'Islande, la Suède ou encore la Finlande. De plus, la France a le taux de mortalité le plus important d'Europe avec 9.2 naissances d'enfants nés sans vie pour 1000 naissances. Cependant, il faut nuancer ce classement avec le fait que de nombreux enfants « morts-nés » seraient attribuables à un taux important d'interruption médicale de grossesse (IMG) due à une politique Française très active de dépistage anténatal et à la possibilité de réaliser tardivement ces IMG. En ce qui concerne le taux d'enfants prématurés, la tendance Européenne est à l'augmentation. Ainsi, en France, le taux d'enfants nés prématurément est passé de 6.3% en 2003 à 6.6% en 2010, nous classant ainsi en 10^e position européenne. Cependant, cette tendance n'est pas uniforme puisque tout de même 11 pays européens ont réussi à faire régresser ou stagner leur taux de prématurité (3).

Cette hausse du taux de prématurité et de grande prématurité, associée à un boom des naissances depuis 2000 et à une modification de l'organisation de l'offre de soins en France (réduction du nombre de maternité, et augmentation de la taille des structures : le nombre moyen d'accouchements par maternité est passé de 840 en 1996 à 1153 en 2002, avec une division par 6 en 20 ans des maternités réalisant moins de 300 accouchements) nous place alors selon le rapport Mattei de septembre 2003 dans une crise de la périnatalité, conduisant ainsi à une surcharge de travail dans les services de Maternité (4-8).

2) Une politique de réduction des coûts de santé :

Depuis quelques années, face au déficit important de la Sécurité Sociale, de nombreuses politiques de réduction des coûts ont été instaurées par les différents gouvernements en place.

Ainsi, le déficit du régime général s'élevait à 14.7 milliards d'euros en 2015 contre 17.4 milliards en 2011(9).

Dans l'objectif de continuer à réduire ce déficit, le gouvernement a alors mis en place une politique d'optimisation et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie dans le but d'économiser 10 milliards d'euros d'ici 2017.

L'accent a notamment été mis sur le développement d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle tels que les soins ambulatoires et de proximité (qui permettrait d'économiser 370 millions d'euros) ou encore par le développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD), avec un objectif de doublement des places d'HAD d'ici 2018 (10).

3) Répercussion psycho-sociale de l'hospitalisation conventionnelle en périnatalité :

La grossesse, événement heureux dans la vie d'une femme et d'un couple, peut parfois être entachée par des pathologies pouvant entraîner une surveillance constante en service Hospitalier. Ainsi, en plus du stress généré par la pathologie elle-même, les patientes

se retrouvent dans une atmosphère spécifique où elles doivent s'adapter aux règles de vie de l'hôpital telles que la visite à toute heure du personnel de santé, une alimentation imposée pas toujours de bonne qualité, le respect des heures de visites ou encore la promiscuité avec les autres patients. Loin de leur environnement familial et de leurs habitudes, les patientes souffrent alors d'une perte de leur intimité et de leurs repères mais également d'isolement lié au manque de leurs proches. En effet, l'absence de leurs enfants, les heures de visites limitées et la complexité pour les proches de réaliser des trajets domicile-hôpital fréquents les amènent à souffrir de solitude pouvant même amener jusqu'à la dépression (13). Ainsi, depuis quelques années, il existe une demande générale et croissante de la population à être soignée à domicile.

La politique de réduction des coûts de santé mise en place ces dernières années a causé la fermeture de nombreuses petites maternités de proximité, entraînant la concentration des naissances dans de grandes maternités réalisant 2000 accouchements ou plus et donc une surcharge des services (11). Dans ces grandes structures, malgré l'accroissement du nombre de patientes prises en charge, les effectifs du personnel de santé sont restés stables ou ont même diminué causant une augmentation de la charge de travail.

Tout ceci, associé à une demande croissante de la population à être soignée à domicile a causé la création et le développement depuis quelques années de services d'Hospitalisation à Domicile, notamment dans le secteur de la périnatalité.

II/ DEVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION A

DOMICILE :

1) Historique général :

1945	Face à la surpopulation de son service, le Pr Bluestone à New York décide de suivre certains de ses patients à leur domicile
1947	Création du « Home Health Care » par le Pr Bluestone : déplacement des médecins hospitaliers au domicile des patients
1951	1 ^{er} expérience d'Hospitalisation à Domicile en France par le Pr Siguier, de l'hôpital Tenon à Paris
1957	Création officielle du service d'Hospitalisation à domicile de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)
1961	1 ^{er} Convention d'HAD signée entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'HAD de l'AP-HP d'une part et Santé Service d'autre part
1970	Reconnaissance Officielle de l'HAD par la loi hospitalière du 31 décembre 1970
1974	Circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTs) fixant les règles de création et de fonctionnement de l'HAD
1986	Circulaire du 12 mars 1986 par le ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale qui élargit le champ d'intervention de l'HAD
1992	Décret qui définit et qui précise le cadre législatif de l'HAD
2000	Circulaire du 30 mai 2000 qui vise à mieux définir la place de l'HAD dans le système de Santé Français, elle permet également de mieux structurer le contenu des Prises en Charge
2003	Ordonnance du 4 septembre 2003 qui supprime le taux de change et intègre l'HAD aux Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)
2004	Circulaire de la DHOS ordonnant un financement de 66 millions d'euros pour l'HAD entre 2004 et 2005
2006	Circulaire du 1 ^{er} décembre 2006 qui rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD
2012	Ouverture par décret du champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des établissements sociaux et médicaux sociaux avec hébergement
2013	Circulaire du 4 décembre relative au positionnement et au développement de l'HAD (5, 12-13,15)

2) Historique de la mise en place de l'Hospitalisation à Domicile dans le cadre de l'obstétrique :

Initialement, l'Hospitalisation à Domicile s'est mise en place pour des patients en soins palliatifs ou atteints de cancers. Mais depuis quelques années, les politiques d'extension de l'HAD ont permis une ouverture vers la prise en charge d'autres pathologies.

C'est ainsi que le Professeur Sureau, de la maternité de Baudelocque à Paris décide de faire suivre certaines des grossesses pathologiques de son service à domicile. C'est donc la création en 1978 de la 1^{er} HAD obstétricale française.

Puis en 1986, l'HAD obstétricale est étendue au suivi des post-partum pathologiques. Enfin, c'est par la circulaire du 4 février 2004 que sont officiellement exprimées les

différentes missions et modalités de prise en charge de l'HAD dans le domaine de la périnatalité (5,12).

3) *Cadre législatif :*

Depuis sa création officielle en France en 1957, de nombreux décrets et circulaires ministériels sont venus progressivement définir et organiser le service d'Hospitalisation à Domicile (5,12).

Le concept de l'HAD est tout d'abord reconnu officiellement par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (12) :

« Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant. »

La circulaire du 12 mars 1986 va ensuite permettre de mieux définir l'HAD, son organisation mais aussi déterminer les patients qui y sont éligibles (14) :

« L'Hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie par le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être d'une nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle ».

« D'une manière générale, l'hospitalisation à domicile s'adresse à tous les malades quel que soit le type de pathologie dont ils sont atteints. »

Cette circulaire est ensuite complétée en 1992 par décret (16):

« Les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. »

L'HAD ayant pour « but d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée » est désormais reconnue au sein de la carte sanitaire. Elle doit pouvoir assurer la permanence et la continuité des soins avec la structure hospitalière et doit obligatoirement disposer d'un médecin coordinateur (5).

La circulaire du 30 mai 2000 va alors permettre de préciser quels sont les types de soins délivrés en Hospitalisation à Domicile ainsi que les différents champs d'intervention et modes de prise en charge, ce qui permet alors de mieux définir la place de celle-ci au sein des autres services de soins à domicile existants. Elle énonce alors que « l'HAD concerne les malades quelque-soit leur âge, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé » (16).

C'est par la circulaire du 4 février 2004 que les missions et les modalités de prise en charge de l'Hospitalisation à Domicile dans le cadre de la périnatalité sont définies.

« L'HAD en périnatalité s'adresse aux femmes et à leurs enfants qui requièrent des soins coordonnés et un suivi pouvant justifier de l'intervention d'une sage-femme,

d'une infirmière, d'une puéricultrice, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien ou d'un médecin spécialiste, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une assistante sociale et d'autres acteurs tels que les masseurs-kinésithérapeutes et tout autre intervenant »

Elle « s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux, qu'ils soient ou non constitués en réseau, les professionnels des établissements de Santé, des structures des centres de PMI et/ ou tout autre intervenant relevant du secteur Social et/ ou Médico-Social ».

En ce qui concerne l'HAD en obstétrique, celle-ci doit « *centrer principalement ses activités sur l'anté et le post partum pathologique* » (5).

Puis, la circulaire du 1^e décembre 2006 va permettre de rappeler le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation et ses obligations, ainsi que le rôle de l'ensemble du personnel (17).

Enfin, une dernière circulaire parue le 4 décembre 2013 définit le positionnement et les possibilités de développement de celle-ci (15).

III/ LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES PEUT-ELLE ÊTRE SUIVIE EN HOSPITALISATION A DOMICILE ?

1) Définition et fréquence de la rupture prématurée des membranes

La Rupture Prématurée des Membranes (RPM) est définie par la rupture des membranes du sac amniotique avant le début du travail. C'est une complication qui survient dans environ 12 % des grossesses (19 ; 34).

Elle peut alors apparaître :

- après terme (après 37 SA) pour 8 à 10 % des grossesses (22-23)
- avant terme (avant 37 SA), elle complique alors 2 à 4% des grossesses simples (22).

Dans 10% des cas, elles se produisent avant 34 SA, la morbidité néonatale liée à la prématurité y est alors importante. Avant 28 SA, les ruptures prématurées sont rares et concernent 1 à 7 grossesses sur 1000, mais elles ont des conséquences périnatales importantes (20).

De plus, l'accouchement se réalisera dans 60% des cas dans la semaine qui suit la rupture prématurée des membranes lorsqu'elle a lieu avant 29 SA, dans 80% des cas si elle a lieu entre 29 et 32 SA, et enfin dans 90% des cas après 33 SA (19).

2) Conséquences maternelles et néonatales de la rupture prématurée des membranes :

La rupture prématurée des membranes a de nombreuses conséquences sur la mère et le fœtus.

La principale est l'augmentation du risque d'accouchement prématuré. En effet, la rupture prématurée des membranes est l'élément déclencheur d'environ 30 à 40% des accouchements prématurés (soit la 1^e cause de prématurité) (21, 23-27) et serait alors responsable de 18 à 20% des décès néonataux (22). On retrouve alors toutes les complications liées à la prématurité tel que la détresse respiratoire, la maladie des membranes hyalines, les dysplasies broncho-pulmonaires, les hémorragies intra

ventriculaires, les leucomalacies périventriculaires ou encore les entérocolites ulcéronécrosantes (19).

A noter que, du fait de cette prématurité, les présentations podaliques sont beaucoup plus fréquentes, auxquelles on peut associer leurs risques propres tel que la procidence du cordon ou un plus haut risque d'anoxie périnatale (20).

La rupture prématurée des membranes a aussi pour conséquences très fréquentes la chorioamniotite et l'infection materno-fœtale. En effet, cette dernière est retrouvée dans 4 à 29% des ruptures prématurées des membranes, ce qui est deux à trois fois plus élevé lors d'une RPM qu'en son absence (19).

La chorioamniotite a alors pour conséquences pour la mère une augmentation du risque de développer un syndrome inflammatoire, une endométrite du post-partum (dans 9 à 14% des cas dans une RPM, soit une multiplication par 3 du risque par rapport à une femme accouchant normalement à terme) mais aussi dans les cas les plus graves, une septicémie. Pour le fœtus, le risque de développer une infection est largement augmenté, pouvant même provoquer dans 5% des cas un décès néonatal (19).

De plus, lors d'une rupture prématurée des membranes, la quantité de liquide amniotique diminue (oligoamnios) ou peut être absente (anamnios). Cela a alors pour risque pour le fœtus d'altérer son développement pulmonaire, mais également de limiter ses mouvements et donc de développer des arthrogryposes (20, 22). Elle va aussi pouvoir provoquer l'apparition de métrorragies, d'hématomes décidaux voire même d'hématomes rétroplacentaires qui engendrent un haut risque de mortalité fœtale par anoxie. Ceci va également provoquer chez la mère une augmentation du risque d'hémorragie du post partum.

Enfin, la rupture prématurée des membranes multiplie par 5 le risque d'avoir recours à une césarienne, ce qui augmente logiquement les risques associés à celle-ci comme par exemple l'infection de cicatrice (19).

Face à ces risques, la possibilité d'une hospitalisation à domicile des femmes souffrant de ruptures prématurées des membranes a longtemps été discutée, et aujourd'hui les critères autorisant leur sortie n'ont pas encore été communément approuvés.

3) Avantages et inconvénients de l'Hospitalisation à Domicile

a) Inconvénients :

Comme vu précédemment, la Rupture Prématurée des Membranes comporte des risques à la fois pour la mère mais également pour le fœtus. Face à ses risques, l'HAS a conclu en 2011 que les conditions de sécurité n'étaient pas établies pour permettre une surveillance au domicile des patientes ayant rompu prématurément avant terme (13,28).

Cependant, les études réalisées ces dernières années sur le suivi des patientes ayant rompu prématurément à domicile a montré qu'il n'existait pas de différences significatives en ce qui concerne les complications maternelles et fœtales, voire même que les patientes suivies en HAD accouchaient plus tardivement que les patientes suivies en hospitalisation traditionnelle (22, 29-32).

Cependant, la présence discontinue du professionnel de santé pose problème en cas de situation aiguë (décollement placentaire, procidence par exemple) où une intervention en urgence est alors nécessaire. Ces situations imprévisibles nécessitant alors une éducation de la patiente sur les signes qui doivent l'alerter, et une intervention rapide des services d'urgence de proximité (5).

S'ajoute à cela le fait qu'une grande partie du travail repose sur les aidants (famille et amis

de la patiente) et leur participation active est alors indispensable. En effet, la surveillance de la patiente, le soutien psychologique, la totalité du ménage et des repas sont alors sous la responsabilité des aidants qui se retrouvent alors vite angoissés, fatigués et seuls face à cette situation. La mise en place récente de service d'aide-ménagère, d'aide à la préparation des repas, et de soutien psychologique ont alors permis de diminuer ce transfert de charges excessives, et de réduire la fatigue des aidants (12-13)

Pourtant, la mise en place de ces différents intervenants peut être perçue par la patiente et le couple comme une violation de leur domicile et une intrusion dans leur vie privée. Les soins à domicile demandent alors à la fois de la part des soignants mais aussi de la part des patients des efforts d'adaptation afin que la collaboration ait lieu le plus sereinement possible et soit la plus profitable (5 ; 13).

De plus, l'intervention de l'ensemble de ces professionnels libéraux nécessite une excellente coordination entre les différents intervenants mais également un effort de partage des informations médico-sociales afin que la prise en charge soit la plus optimale possible. Cependant, cette coopération est souvent extrêmement difficile et de nombreux progrès restent à faire.

A l'heure actuelle, l'HAD a pour autre inconvénient d'être très inégalement répartie sur le territoire français, notamment dans les zones rurales qui sont très largement sous dotées.

Lorsqu'elles existent les structures d'Hospitalisation à Domicile sont alors généralement de petites tailles, mal développées et mal connues du grand public, ce qui explique qu'en 2014 l'HAD ne représentait que 1% des dépenses d'hospitalisation et 0.5% des dépenses d'Assurance Maladie (15).

Enfin, les sorties en Hospitalisation à Domicile sont souvent d'avantage décidées en fonction du besoin de place pour accueillir de nouveaux patients que par les véritables projets de soins pour la patiente (13). Il faut alors rester vigilant face à ces possibles dérives.

b) *Avantages :*

Depuis quelques années, une demande croissante et généralisée de la population française à être soigné à son domicile est apparue (13). Face à ce souhait, a été créé le service d'Hospitalisation à Domicile qui permet d'assurer, par des professionnels de santé performants, des soins de qualité et personnalisés tout en garantissant aux patients le confort physique et psychologique de leur foyer.

Ainsi retirée du manque d'intimité, de l'inconfort hospitalier et du risque d'infection nosocomiale, on observe alors une diminution du stress de la patiente qui malgré une grossesse difficile peut retrouver ses habitudes de vie et son environnement familial.

De plus, le nombre restreint d'intervenants permet d'assurer une continuité médicale mais aussi d'éviter la perte d'informations et d'instaurer une relation de confiance entre le patient et le soignant (13). La disponibilité du personnel de soin, ses qualités d'écoute donnent l'impression aux femmes d'être entendues et ainsi de pouvoir poser plus facilement leurs questions. Selon une étude réalisée dans le cadre d'analyse du service d'HAD, les patientes s'estiment alors être mieux informées sur leur pathologie et sur les signes d'alarme qui doivent les faire consulter, ce qui permettrait de diagnostiquer plus précocement les complications (5).

Enfin, le suivi intensif au domicile permet aux intervenants de pouvoir donner des conseils personnalisés à la fois au couple et à la famille afin d'éviter les situations à risque pour la grossesse et d'engendrer une implication plus importante des aidants pour, par exemple, soulager la future maman de certaines tâches domestiques.

L'Hospitalisation à Domicile permet aussi à l'Etat, en cette période de réduction des coûts de santé de réaliser d'importantes économies. En effet, lorsqu'une patiente reste hospitalisée chez elle, les frais d'hôtellerie tel que la location de la chambre, la préparation des repas, ainsi que les frais du personnel affectés au nettoyage des chambres sont alors économisés puisqu'ils sont désormais à la charge du ménage (12-13). Ainsi, en 2007, il a été évalué que les coûts de prise en charge en hospitalisation conventionnelle d'une affection de l'anté partum coûtait 764.66 euros alors qu'elle n'en coûtait plus que 347,42 euros en service d'Hospitalisation à Domicile pour la même durée (5).

Enfin, en période de crise de la natalité et de surcharge des services de périnatalité, l'hospitalisation à domicile, en réduisant les durées moyennes de séjour en service de soins hospitalier, permet d'augmenter les capacités d'accueil de nouveaux patients et la rentabilité de prise en charge. L'Hôpital peut alors se recentrer sur ses missions propres telles que la production de soins en hospitalisation complète ou le recours à des plateaux techniques (13).

L'Hospitalisation à domicile associe alors savoir-faire technique, souplesse et grande adaptabilité à chaque situation médicale et psycho-sociale, rendant alors ce service à la fois global, compétitif et complet.

4) Etude sur la prise en charge des ruptures prématurées des membranes en Hospitalisation à Domicile

Ces dernières années, peu d'études ont été réalisées en France et dans le monde afin d'évaluer la prise en charge à domicile des ruptures prématurées des membranes.

De façon générale, il a été montré que les patientes ayant été suivies en HAD avait selon les études une période de latence et un âge gestationnel de naissance identique voire supérieur à celles suivi en hospitalisation conventionnelle. Il a été démontré dans l'étude de Garabedian et al que les patientes suivies à domicile bénéficiaient de moins de cure d'antibiothérapies. Il n'a pas été noté de différence significative en ce qui concerne la fréquence des chorioamniotites ou les voies d'accouchement (29).

Il faut noter que dans deux études se sont produites des complications aiguës à domicile : d'une part, trois patientes admises en HAD ont accouché en dehors de l'hôpital, mais le devenir maternel et néonatal de ces patientes était correct (32), d'autre part un cas de mort in utéro par procidence à 26 SA s'est produit 12h après avoir quitté la maternité (29).

De plus, l'étude de Garabedian & al n'a également pas démontré de différences statistiques entre les deux groupes, en ce qui concerne les complications néonatales (fréquence de détresse respiratoire, de dysplasie broncho-pulmonaire, d'infection fœtale, d'hémorragie intraventriculaire, d'entéocolite ulcéronécrosante ou encore le nombre de jours sous ventilation assistée) (29). Cependant, dans plusieurs écrits, il a été montré que la durée d'hospitalisation des nouveau-nés était plus longue pour ceux suivis en hospitalisation conventionnelle que pour ceux suivis en hospitalisation à domicile.

Enfin, différentes études ont également été menées afin de connaître la satisfaction des patientes envers le service d'hospitalisation à domicile. En ce qui concerne l'HAD en post-partum, 87.3% des patientes étaient satisfaites du service proposé. Grâce à celui-ci les patientes expriment le fait qu'elles pouvaient davantage se reposer, revoir plus tôt leurs enfants et leur famille et donc souffraient moins d'isolement. D'autres enquêtes réalisées à Paris ont montré que les patientes étaient satisfaites à 100% en ce qui concerne les informations reçues sur leur motif d'hospitalisation, l'organisation des soins et leur état de santé. Elles étaient également satisfaites de la sécurité médicale associée à ce service ainsi

que de la qualité d'écoute du personnel de santé (5 ; 43).
Cependant, l'entourage des patients exprime une angoisse en ce qui concerne le retour du patient à son domicile. Cette appréhension est liée à une crainte concernant la sécurité médicale du patient, la responsabilité qui sera associée à sa prise en charge et à une méconnaissance face à ce qui les attend une fois revenu à domicile.

IV/ MISE EN PLACE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE DANS LE CADRE DE LA RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES A LILLE

L'Hôpital Jeanne de Flandre, maternité de niveau III du Centre Hospitalier Régional Universitaire du Nord-Pas-de-Calais, est l'établissement où est réalisé le plus grand nombre d'accouchements en France. Ses 9 salles de naissances, ont permis la réalisation de 5440 accouchements en 2014 (contre 5312 en 2012, soit une augmentation d'environ 2.4%).

Pour répondre à cette hausse de besoins et à la demande croissante de la population de la métropole Lilloise à être suivie à son domicile, le service d'Hospitalisation à Domicile a été créé en 2009. Celui-ci permet alors de prendre en charge au foyer des patientes, les grossesses pathologiques les plus stables dont celles présentant une rupture prématurée des membranes. Afin de pouvoir prendre en charge la patiente de façon globale, l'équipe du service d'Hospitalisation à Domicile lilloise (Hopidom) est composée de 7 sages-femmes, d'une sage-femme coordinatrice, d'un médecin coordinateur, d'un pédiatre, d'un psychologue, d'une assistante sociale ainsi que d'un ergothérapeute.

Lorsque le diagnostic de rupture prématurée des membranes est réalisé aux urgences, chaque patiente est admise pour surveillance dans le service de Pathologie materno-fœtale pour une durée minimale de 72h. Sont alors réalisées 2 injections de bétaméthasone (Célèstène® ; 12 mg par voie intramusculaire à 24h d'intervalle) et la mise en place d'une antibiothérapie systématique par Augmentin® (2g/ jours en intraveineuse pendant 48h, puis entre 3g et 6g par jour (en fonction du poids) per os pendant 5 jours. Cette antibiothérapie pourra alors être réadaptée secondairement selon les résultats du prélèvement vaginal (PV) et de l'examen cytbactériologique des urines (ECBU) réalisés lors de l'admission.

Par la suite, la surveillance journalière consistera en un contrôle de :

- l'évolution du tonus utérin
- l'aspect du liquide amniotique
- du statut hémodynamique maternel
- ainsi qu'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) deux fois / jour.

Deux fois par semaine sera également réalisé un contrôle de la Numération Formule Sanguine (NFS) et de la C Réactive Protéine (CRP). Enfin, hebdomadairement, un bilan bactériologique avec un examen cytbactériologique des urines (ECBU) et un prélèvement vaginal (PV) sera réalisé afin de dépister toute chorioamniotite. [ANNEXE 1]

L'HAD était proposée au 3^e jour de la rupture, afin d'envisager une sortie au 7^e jour. Pour cela, il faut que l'ensemble des critères soit réuni :

- habiter dans la zone géographique couverte par le service d'HAD [ANNEXE 2]
- présenter une grossesse inférieure à 35 Semaines d'Aménorrhée
- ne pas tenir compte ni de la présentation fœtale, ni de la quantité de liquide amniotique.
- désir de la patiente
- évaluation médico-psycho-sociale réalisée par la sage-femme coordinatrice d'HAD compatible.

Si le suivi en HAD est possible, la patiente recevra 3 fois par semaine la visite d'une sage-femme qui réalisera la même surveillance qu'en Hospitalisation : bilan sanguin bihebdomadaire, bilan bactériologique hebdomadaire ainsi qu'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) à chacune de ses consultations.

Tous les 15 jours, une consultation en soins externes sera prévue afin de réaliser une estimation globale du suivi, ainsi qu'une échographie permettant d'évaluer le bien être fœtal, sa bonne croissance, et la quantité de liquide amniotique restante.

En cas de complications, la patiente pourra joindre 24h/24 un praticien hospitalier ayant accès à son dossier, pouvant alors décider d'une ré hospitalisation en service conventionnel si nécessaire, ou le SAMU qui est également informé de l'hospitalisation en HAD de la patiente et du contexte médical.

En cas d'absence de mise en travail spontanée, celui-ci sera déclenché artificiellement vers 35-36 SA : les risques de complications liés à la rupture prématurée des membranes étant désormais plus important que les complications liées à la prématurité. Le déclenchement se fera alors par l'utilisation de prostaglandines vaginales (Propess® ou Prostin®), par ballonnet intracervical de Cook® ou par ocytocine selon les conditions cervicales.

V/ L'EXPERIENCE DU CHRU DE LILLE ET LA

PROBLEMATIQUE DES CRITERES DE SORTIE :

Afin d'évaluer la mise en place récente du service d'Hospitalisation à Domicile dans la région Lilloise, ainsi que le choix de critères permettant la sortie des ruptures prématurées des membranes, a été réalisée entre 2009 et 2010 une étude rétrospective dans deux centres de niveau III du département du Nord (Lille et Valenciennes) par Garabedian & al (29).

Dans cette étude était comparée le devenir obstétrical et néonatal des patientes ayant rompu prématurément les membranes suivies en Hospitalisation Conventionnelle et celles suivies en Hospitalisation à Domicile. Etaient alors incluses les grossesses monofoetales compliquées de rupture prématurée des membranes entre 24 et 35 SA. Par contre, les grossesses gémellaires, les patientes ayant accouché dans les 48h suivant la rupture, ainsi que celles qui vivaient en dehors de la zone géographique couverte par le service d'HAD étaient exclues de l'étude.

Parmi la population étudiée, on retrouvait alors dans le groupe sorti en HAD des patientes avec rupture prématurée des membranes compliquées de menace d'accouchement prématuré, celles présentant un oligoamnios ou encore une présentation non céphalique.

Or dans la plupart des études, pour permettre une inclusion au programme de suivi à domicile, une quantité de liquide minimale était requise (grande citerne > 2 cm minimum) ainsi qu'une présentation fœtale céphalique et une absence de signe de menace d'accouchement prématuré. Ces complications sont en effet associées à une augmentation des risques obstétricaux et néonataux : accouchement à domicile, prématurité, hypoplasie pulmonaire, détresse respiratoire, décollement placentaire, etc...

Goodman & al ont notamment montré en 2013 que les ruptures prématurées des membranes sur présentation non céphalique étaient associées à une augmentation de la fréquence des complications obstétricales comme l'oligoamnios, la chorioamniotite, ou encore le décollement placentaire. Ils ont également démontré que les complications néonatales étaient également plus fréquentes : âge gestationnel de naissance plus bas, Apgar à une minute plus faible mais également une augmentation du risque de mort fœtale in utéro (33).

Cependant, l'étude Lilloise, malgré ses critères moins restrictifs a montré la sécurité de la prise en charge à domicile même en présence d'oligoamnios. En effet, la période de latence était plus longue, le poids de naissance plus important, et la durée d'hospitalisation en unité de soin néonatal était plus faible dans le groupe HAD que dans le groupe hospitalisation

conventionnelle. Il n'a également pas été démontré de différences significatives en ce qui concerne les chorioamniotites ou les complications néonatales.

L'étude de Garabedian & al a également soulevé le fait que 20% des patientes éligibles à une sortie en HAD refusaient ce type de suivi et restaient hospitalisées en service conventionnel.

C'est pourquoi il est intéressant d'étudier les motifs de non sorties de ces patientes à domicile afin de voir si ceux-ci sont liés à une appréhension du personnel médical vis-à-vis des risques médicaux ou à une crainte de la patiente ou de son entourage.

***MATERIELS ET
METHODE***

I/ PROBLEMATIQUE, HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE

L'ETUDE :

1) Problématique :

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

2) Objectifs :

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

3) Hypothèses :

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

II/ METHODOLOGIE DE L'ETUDE :

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

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

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

Les critères d'inclusion sont :

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

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

Ces critères ont été élaborés ainsi car :

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

2) *Recueil de données :*

a) *Méthode :*

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

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

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

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

b) *Analyse des données :*

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

3) *Résultats de l'Etude :*

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

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

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

a) Renseignements généraux :

Caractéristiques de la population (tableau 1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Durant leur séjour :

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

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

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

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

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

Complication durant le séjour (tableau 3) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Motif de non sortie en Hospitalisation à Domicile :

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

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

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

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

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

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

c) Naissance, devenir maternel et néonatal :

Fin de grossesse (tableau 5) :

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

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

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

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

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

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

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

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

Deux nouveau-nés sont malheureusement décédés durant cette étude :

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

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

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

Tableau 6 : Issues Maternelles et Néonatales :

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

*ANALYSE ET
DISCUSSION*

I/ LES POINTS FAIBLES DE L'ETUDE :

Le principal biais de cette étude est l'effectif de la population. En effet, celle-ci ne comporte que 44 patientes incluses limitant ainsi la réalisation de tests statistiques afin de comparer les complications retrouvées chez différents sous-groupes (ex : complications retrouvées chez les présentations podaliques versus présentations céphaliques). Toutefois, il s'agit de la première étude à ma connaissance sur ce sujet dans la littérature.

D'autre part, lorsque le motif de non sortie « anxiété » a été trouvé, aucune information en ce qui concerne les raisons de cette peur n'a pu être retrouvée dans les dossiers. Ceci est regrettable car cela aurait permis d'aider les professionnels de santé à mieux identifier les facteurs angoissants pour les patientes afin de mieux les rassurer et ainsi permettre le suivi en HAD.

Enfin, le caractère rétrospectif n'a pas permis un recueil exhaustif, notamment au niveau du devenir néonatal.

II) ANALYSE DES RESULTATS :

L'hospitalisation à domicile est actuellement en plein essor dans la métropole Lilloise. Mise en place depuis maintenant sept ans, il est donc désormais nécessaire de faire un bilan des pratiques mises en place afin de les améliorer.

1) Population d'étude :

Ma population d'étude est composée de 44 patientes ayant rompu prématurément les membranes. Elles regroupaient l'ensemble des critères permettant un suivi en HAD mais sont malgré tout restées en hospitalisation conventionnelle jusqu'à leur accouchement.

Cette population, malgré son très faible effectif, est très diverse et assez représentative de l'ensemble des femmes enceintes de la métropole Lilloise. En effet, la moyenne d'âge y est de 30.57 ans, allant de 19 ans à 43 ans. La parité est elle aussi très variable : on retrouve des primipares jusqu'à des 8^e pares. L'ensemble des situations familiales sont également retrouvées avec des patientes célibataires, élevant seule leur(s) enfant(s), en couple, ou encore mariées.

Les situations socio-professionnelles des patientes sont assez variées, même si l'on dénombre tout de même 63.64% de patientes n'exerçant pas de profession.

On retrouve également plusieurs patientes avec un ou plusieurs facteurs de risques de rupture prématurée des membranes. On identifie tout d'abord 31.82% de fumeuses : le tabac cause en effet le développement de membranes fœtales de moins bonnes qualités et donc plus fragiles (23). Parmi les facteurs de risques non évitables, on retrouve 15.91% d'antécédent de menace d'accouchement prématuré dont 6.82% qui ont eu une prématurité effective. 20.45% des patientes avaient également fait une menace d'accouchement prématuré durant la grossesse actuelle. La rupture prématurée s'explique donc ici par la présence d'un utérus contractile ayant fragilisé les membranes fœtales.

A noter, que l'on retrouve une patiente souffrant de la maladie d'Ehlers-Danlos, anomalie constitutive du collagène responsable d'une grande fragilité des membranes fœtales et à haut risque de rupture prématurée.

2) La problématique des motifs de non sortie en Hospitalisation à

Domicile :

L'étude a mis en évidence que 31.82% des patientes avaient plusieurs motifs empêchant le suivi en Hospitalisation à Domicile. 18.60% d'entre elles combinaient plusieurs motifs médicaux de non sortie. Il semble en effet difficile de laisser sortir en HAD une patiente ayant plusieurs complications médicales car celles-ci nécessitent une surveillance encore plus rapprochée. Cela est néanmoins à nuancer selon l'importance de ces complications et des facteurs de risques qu'elles peuvent causer : la sortie devra donc être envisagée au cas par cas par le personnel soignant.

Ensuite, 9.30% avaient à la fois des motifs médicaux et des motifs psycho-socio-environnementaux. La surveillance médicale en HAD nécessite en effet l'adhésion complète de la patiente à ce type de suivi et la capacité de celle-ci à se prendre en charge. Il est également nécessaire que le domicile accueillant la future mère soit compatible avec ce type de suivi et qu'un soutien familial soit bien présent et de bonne qualité. Si ces conditions ne sont pas respectées, le suivi médical sera donc de moins bonne qualité, ce qui sera préjudiciable pour la patiente et son futur enfant.

Nous allons maintenant étudier au cas par cas chacun des motifs qui ont été retrouvés dans cette analyse.

2.1) *Motifs psycho-socio-environnementaux :*

L'étude a permis de montrer que 22.73% de la population n'était pas sortie pour uniquement des motifs psycho-socio-environnementaux.

Parmi ces patientes, seules deux d'entre elles étaient célibataires. Il semblerait donc que la majorité des patientes ne soient pas isolées. Cependant, cette analyse ne s'étant réalisée qu'à partir des dossiers médicaux, il est impossible de réellement connaître le soutien dont dispose la patiente à son domicile. En effet, son concubin peut ne pas être aidant dans les tâches quotidiennes, ou soutenant, et elle peut ne pas avoir de famille ou d'amis proches pouvant l'assister lors de son hospitalisation à domicile.

De plus, neuf de ces patientes n'exerçaient pas de profession (69.23%). Cependant, le seul critère de la situation professionnelle n'est pas suffisant pour conclure sur leur situation.

Enfin, huit d'entre elles avaient également un enfant ou plus en charge (61.54%). Or ce motif a déjà été fréquemment retrouvé dans les études comme étant une source de désir de suivi à domicile (5) : en effet, les patientes en manque de leur(s) ainé(s) souhaitent retourner chez elles le plus rapidement possible. Il serait donc intéressant d'analyser ici quels sont finalement les autres facteurs qui ont empêché cette sortie.

Mon étude rendant impossible l'analyse de ces critères, il serait donc intéressant de réaliser plusieurs entretiens privés avec les patientes non sorties en HAD pour motif psycho-socio-environnementaux afin de pouvoir mieux en apprécier les raisons. L'utilisation d'échelles psychométriques permettrait également de mieux évaluer l'état psychologique de ces patientes. Le motif «anxiété» est d'ailleurs retrouvé pour 11.36% des patientes (également retrouvée dans 50% des cas lorsque les motifs de non sortie n'étaient pas de l'ordre du médical). Il est possible que l'isolement et la peur de la survenue d'une complication aiguë à domicile en soit l'origine (12). Cependant, les dernières études réalisées ont démontré la sécurité de ce type d'accompagnement (22 ; 29-31) et la grande satisfaction des patientes quant à la sécurité de la prise en charge (5). Une meilleure compréhension de cette anxiété et de son origine est alors nécessaire. L'étude de Bocquet & al (44) suggère, dans le cadre de l'hospitalisation des grossesses compliquées, d'étudier leur état psychologique via le test

« Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS). Ce test permettrait alors de mieux analyser leur état psychologique afin de mettre en place une prise en charge personnalisée et plus adaptée à la patiente.

Il faut également s'interroger sur la qualité de l'information transmise aux patientes en ce qui concerne le suivi à domicile. En effet, il faut se demander si le principe du suivi à domicile (passage d'une sage-femme à domicile plusieurs fois par semaine, même fréquence de surveillance biologique et infectieuse, etc.) ainsi que la sécurité de cette prise en charge leur a bien été exposée. Il est également possible qu'un état de méconnaissance de leur pathologie soit responsable de cette angoisse, leur faisant alors préférer un suivi en hospitalisation conventionnelle. Un travail de réassurance des patientes en amont est donc nécessaire afin de favoriser la prise en charge en HAD lorsque celle-ci est possible.

Les motifs psycho-socio-environnementaux qui ont ensuite été retrouvés sont « l'incapacité d'auto-prise en charge », « l'isolement et le manque de soutien familial », « la précarité » ainsi que « le logement incompatible avec le suivi à domicile ». Ces éléments sont en effet totalement incompatibles avec un suivi en Hospitalisation à Domicile. Il est notamment indispensable que la patiente puisse se prendre en charge car elle doit non seulement être à l'écoute de tout signe de mise en travail ou de complication, mais également savoir quand et comment donner l'alerte. L'isolement est également un facteur très contraignant pour un suivi à domicile car une grande partie de l'aide nécessaire à la patiente repose désormais sur les aidants tel que le ménage, la préparation des repas, la gestion des aînés. Cette prise en charge est ainsi indispensable afin d'éviter la survenue de contractions pouvant aboutir à une menace d'accouchement prématuré.

Enfin, la précarité ainsi que l'incompatibilité du logement sont également rédhibitoires. En effet, des conditions d'hygiène minimales doivent être atteintes afin d'éviter la survenue d'infections pouvant être la cause de menace d'accouchement prématuré et de chorioamniotite. Ces conditions sont vérifiées lors d'une visite du domicile familial avant la sortie du service d'hospitalisation par une sage-femme d'HAD.

Pour finir, une patiente n'a pas pu bénéficier du suivi en Hospitalisation à Domicile en raison de la saturation du service. Celui-ci étant actuellement en plein essor, le nombre de patientes prises en charge ces prochaines années risque de beaucoup augmenter. Il faudra veiller à également à accroître le nombre de soignants intervenant auprès de ces femmes enceintes.

Pour conclure, le motif majeur, parmi les motifs psycho-socio-environnementaux, empêchant un suivi à domicile est l'anxiété de la patiente. Il serait intéressant de travailler sur cette cause grâce à un processus de réassurance des femmes, d'explications et d'informations en ce qui concerne leurs pathologies, mais également en leur expliquant mieux la qualité et la sécurité du suivi en Hospitalisation à Domicile.

Il sera donc nécessaire de réaliser des entretiens afin de mieux analyser les raisons de cette angoisse afin de trouver de meilleures solutions pour y répondre.

2.2) Motifs médicaux :

L'étude a permis de montrer que la grande majorité des parturientes (77.27%) n'étaient pas suivies à domicile à cause de motifs médicaux.

Le motif le plus souvent retrouvé est la menace d'accouchement prématuré (25%). La rupture prématurée des membranes est responsable d'une augmentation de 30 à 40% du risque d'accouchement prématuré (24). Les réfractaires au suivi en HAD redoutent alors la possibilité d'accouchement de ces patientes en dehors du centre hospitalier. Ce fut par exemple le cas dans l'étude de Carlan & al (32) où trois patientes suivies à leur domicile, avaient accouché en dehors de la maternité, mais les suites maternelles et néonatales étaient bonnes. C'est donc pour cela que la menace d'accouchement prématuré

fait partie des critères d'exclusion à un suivi à domicile pour Huret & al (22), contre-indiquant même les cols s'étant précédemment modifiés ou les patientes ayant des contractions inefficaces. Ces études ont été toutefois réalisées aux Etats-Unis avec un système de soins et de prise en charge médicale de transport différent. D'autres centres n'incluent pas la menace d'accouchement prématuré dans leurs critères de non sortie. Ayres & al (31) compensent ce critère par l'éducation thérapeutique de ses patientes afin qu'elles sachent reconnaître précocement les premiers symptômes de mise en travail, et en imposant des critères de géolocalisation restrictifs (pas de sortie si logement situé à plus de 30 minutes du centre hospitalier). L'étude Lilloise réalisée par Garabedian & al (29) entre 2009 et 2014 utilise le même procédé, et n'a pas non plus mis en évidence ce genre d'incident.

De plus, les différentes études réalisées ont permis de démontrer la sécurité de cette prise en charge à domicile en ce qui concerne l'accouchement prématuré. En effet, plusieurs travaux ont montré un temps de latence identique voir supérieur chez les patientes suivies en HAD (39-30,32) et un terme d'accouchement en moyenne plus tardif d'une semaine (22). Ceci s'explique notamment par le fait que les patientes ont eu moins de touchers vaginaux lorsqu'elles ont été suivies à domicile (29). Adoni & al ainsi que Alexander & al ont effectivement montré que la période de latence était significativement plus courte chez les patientes ayant eu un toucher vaginal par rapport à celles n'ayant jamais été examinées (21 ; 40).

Ce gain de temps a une très grande importance en ce qui concerne la survenue de complications néonatales : celui-ci permet d'améliorer la maturité des différents organes et notamment des poumons ou encore d'atteindre un seuil de prématurité acceptable.

Malheureusement, la maturité des poumons peut être également perturbée par la présence d'un anamnios. Or celui-ci a été retrouvé comme motif de non sortie pour 15.91% des cas. Celui-ci est en effet connu pour causer une altération du développement pulmonaire fœtal, une augmentation de la fréquence de métrorragies, d'hématomes décidaux et même d'hématomes rétroplacentaires.

Dans cette étude, les grossesses compliquées d'un anamnios étaient associées dans 50% des cas à une menace d'accouchement prématuré. Comme vu précédemment, malgré la sortie des patientes en anamnios, l'étude de Garabedian & al n'a pas mis en évidence de patiente ayant accouché en dehors du centre hospitalier (29).

La présence d'un anamnios était également associée à une chorioamniotite pour 35% des cas, des métrorragies pour 25% des cas et à un hématome décidual pour 20% des cas. En ce qui concerne les complications néonatales, 60% des maladies des membranes hyalines et 42.86% de détresses respiratoires sont aussi survenues lors d'une absence de liquide amniotique. De plus, il est important de noter qu'une procdence à 30 SA et 4 jours, et qu'un hématome rétro placentaire à 27 SA se sont également produits dans un contexte d'anamnios. En effet, la survenue d'un hématome rétroplacentaire est plus fréquente en cas d'anamnios.

Face à l'importance de ces risques, certains centres refusent le suivi à domicile lorsqu'une absence de liquide amniotique est diagnostiquée à l'échographie (22).

Mon étude retrouve également que 4.55% de patientes ne sont pas suivies à domicile lorsque le diagnostic d'un oligoamnios est réalisé en échographie (grande citerne < 2cm). Ce fut également le cas dans l'étude de Carlan & al (32). Ayres & al utilisaient même des critères plus restrictifs en empêchant tout suivi en HAD lorsque la grande citerne de liquide amniotique mesurait moins de 3 cm (31). Pourtant, l'étude de Garabedian & al (29), qui présentait comme originalité d'accepter un suivi à domicile lorsqu'une quantité de liquide diminuée voire absente était retrouvée, n'a pas mis en évidence d'augmentation des complications maternelles et néonatales, et montrait même une augmentation de la période de latence. Cela avait donc naturellement pour conséquence de retrouver des poids de naissance significativement plus importants, ainsi qu'une durée de séjour en réanimation

néonatale et en soins intensifs moins longue (29).

Une rupture prématurée des membranes prolongée (supérieure à 5 jours, comme c'est le cas ici) liée à un oligoamnios voire à un anamnios est responsable d'une augmentation de la fragilité du fœtus et donc de la morbi-mortalité (19). C'est donc pour cela que dans 13.64% des cas, des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) sont retrouvées comme motif de non sortie en HAD pour 13.64% des cas. De plus, ceux-ci ont également compliqué le suivi en hospitalisation conventionnelle pour 27.27% des patientes. Lorsque ces ruptures se produisent sur des fœtus déjà fragilisés par un Retard de Croissance Intra Utérin, le risque de souffrance fœtale est alors d'autant plus important. C'est donc pour cela que le RCIU est évoqué comme motif de non sortie pour 9.09% des patientes. La souffrance fœtale peut également s'exprimer via des dopplers pathologiques, ce qui nécessite alors là aussi une surveillance plus étroite en hospitalisation conventionnelle, empêchant alors toute sortie en HAD pour 6.82% des patientes.

Le diagnostic d'une chorioamniotite était également responsable de 9.09% des maintiens en hospitalisation conventionnelle. Celle-ci est en effet associée à une augmentation des complications maternelles (endométrites, syndromes inflammatoires), fœtales (ARCF, infections materno-fœtales) et néonatales (sepsis voire même décès) (19). Cependant, le diagnostic de cette infection, malgré l'influence importante qu'elle a sur la prise en charge obstétricale, reste difficile à établir. En effet, dans cette étude, parmi les 44% de chorioamniotites retrouvées lors de la placentoculture, seules 25% étaient diagnostiquées durant le séjour en hospitalisation.

Ce retard au diagnostic est dû à l'absence de marqueur spécifique de cette infection. La CRP (C réactive Protéine) reste alors le marqueur le plus efficace, puisqu'il a une sensibilité variant de 56 à 86% et une spécificité de 55 à 82% pour un seuil de 20 mg/L (35). Ainsi 48% des patientes présentant une chorioamniotite lors de la placentoculture présentaient une CRP > 6.

C'est pour cela qu'au CHRU de Lille, la sortie n'est envisagée que si plusieurs marqueurs de l'inflammation sont absents : absence d'hyperthermie, CRP négative, leucocytes normaux à plusieurs reprises, prélèvement vaginal ainsi qu'examen cyto bactériologique des urines négatif, et enfin absence de contractions utérines. La surveillance à domicile devient même alors un avantage, car la patiente évoluant dans son environnement familial évite ainsi la contamination par les germes nosocomiaux.

La présence de saignements est également un terrain favorisant l'apparition d'infections utérines. L'existence de métrorragies était alors un facteur de non sortie pour 9.09% des cas. Elles étaient d'ailleurs présentes pour 31.82% des patientes. Les métrorragies dans le cadre de la rupture prématurée des membranes sont en outre associées à une augmentation du nombre d'hématome décidual et du risque d'hématome rétroplacentaire.

A noté, qu'il existe une patiente qui n'est pas sortie en service d'Hospitalisation à Domicile car elle avait rompu à 34 SA et 5 jours. Or selon le protocole, lorsqu'une rupture prématurée des membranes se produit, un déclenchement artificiel doit être initié à 36 SA, soit 8 jours plus tard. Il semblait donc inutile de laisser sortir cette patiente et d'organiser un suivi à domicile uniquement pour quelques jours.

L'originalité du protocole Lillois, en ce qui concerne l'Hospitalisation à Domicile des patientes ayant rompu prématurément, est que les patientes ayant une présentation podalique sont également incluses dans l'étude. Or, l'ensemble des centres médicaux, ayant réalisé des études sur le suivi à domicile des patientes ayant rompu prématurément, refusaient d'admettre les présentations autres que céphaliques en HAD (22 ; 30-32).

En effet, les ruptures des membranes fœtales lorsque le fœtus est en siège sont à plus haut risque de complications. Goodman & al (33) ont en effet mis en évidence en 2013 que les présentations non céphaliques lors du diagnostic de rupture prématurée des membranes étaient associées à une augmentation des risques d'oligoamnios (voire d'anamnios), de chorioamniotite, de décollement placentaire et de mort fœtale. Ils ont également pu mettre en évidence une fréquence significativement plus élevée d'Apgar à 5 minutes plus bas et de pH artériel ≤ 7.20 .

Dans mon étude, 31.82% des patientes ont eu une rupture prématurée des membranes sur une présentation podalique. Parmi elles, 85.72% ont eu une menace d'accouchement prématuré durant leur séjour. On peut alors se demander si le risque d'accouchement hors d'un centre hospitalier ne serait pas trop important pour ces patientes en cas de suivi en hospitalisation à domicile. De plus, le liquide amniotique était totalement absent pour 35.71% d'entre elles : or comme vu précédemment la présence d'un anamnios est à risque plus important de complications maternelles et fœtales. L'association d'une présentation podalique lors de la rupture et d'un anamnios potentialiserait alors le risque de complications. C'est en effet le cas en ce qui concerne le risque d'accouchement prématuré, puisque 100% des patientes associant une présentation podalique et un anamnios ont eu une MAP.

Il semblerait alors que pour ces patientes, un suivi à domicile ne remplirait plus les conditions de sécurité nécessaires notamment au vu des risques d'accouchement en dehors du centre hospitalier.

On a également retrouvé la présence de métrorragies pour 57.14% des patientes, ce qui provoque une augmentation du risque d'hématome rétroplacentaire et d'infection. Pourtant, seules 14.29% de ces patientes ont déclaré une chorioamniotite durant leur séjour.

Lorsqu'une rupture prématurée des membranes se produit sur une présentation podalique, il y a également un risque beaucoup plus élevé de procidence du cordon par rapport au fœtus en présentation céphalique. La procidence est une complication aiguë, nécessitant une césarienne en urgence afin de procéder au sauvetage de l'enfant. La survenue de cette complication à domicile est donc très péjorative puisqu'elle allonge le délai de prise en charge (intervention du SAMU, déplacement de la patiente jusqu'au centre hospitalier, temps de techniquage avant la réalisation du geste, etc.). De plus, peu de signes cliniques visibles et perceptibles peuvent attirer l'attention de la patiente sur cette complication. En effet, le plus souvent, le diagnostic est réalisé trop tard lorsque le fœtus est déjà décédé, lors de consultations des patientes aux urgences pour absence de mouvements actifs fœtaux.

Il est donc nécessaire de s'assurer en amont, avant la sortie de la patiente en HAD, de l'absence de facteurs de risques de survenue de procidence.

Parmi les 3 procidences survenues lors du séjour en hospitalisation dans mon étude, deux se sont produites dans un contexte de fœtus en siège, associée à une diminution ou à une totale absence de liquide amniotique. A chaque fois, une césarienne a pu être réalisée dans les plus brefs délais afin de permettre la survie de l'enfant. Mais on peut se demander s'il en aurait été de même si celles-ci étaient survenues au domicile des patientes.

Pour conclure, selon cette étude, les motifs médicaux qui doivent empêcher un suivi à domicile sont la présence :

- d'une menace d'accouchement prématuré non stabilisée
- d'un anamnios car les complications qui y sont associées sont trop importantes, notamment lorsque celui-ci est associé à une présentation podalique. La présence d'un oligoamnios semble quant-à-lui regrouper les conditions de sécurité nécessaire à l'hospitalisation à domicile.
- d'une chorioamniotite car elle empêche la poursuite de la grossesse. Il faudra cependant être vigilant car les chorioamniotites sont difficilement diagnosticables.

- la présence de métrorragies persistantes, la sortie sera autorisée après 24-48h d'absence de saignement.
- de signes de souffrance fœtale tel que les ARCF, les RCIU ou les anomalies retrouvées aux dopplers.

III/ OUVERTURE ET PROPOSITIONS :

Il semble judicieux, afin d'élaborer ces critères de non sortie, d'utiliser une étude analytique des patientes ayant rompu prématurément les membranes suivies en HAD. Mon travail s'inscrit dans cette démarche car une évaluation de ces patientes est en cours. Cela permettrait de repérer les facteurs de risque de patientes ayant eu des complications importantes lors de leur suivi en HAD qui ont nécessité une réhospitalisation en unité de soins conventionnels. Il permettrait également de définir au contraire quels sont les types de patientes pour lesquelles les conditions de sécurité nécessaires à une sortie en HAD sont réunies.

Lors de ces études il faudra notamment être attentif aux anamnios. En effet, mon analyse a pu mettre en évidence que l'absence de liquide amniotique était associée à de trop gros risques de complications aiguës et graves pour pouvoir permettre un suivi en HAD.

L'association d'un anamnios et d'une présentation podalique semble être également vectrice de très importantes complications maternelles et néonatales. La encore, il serait intéressant de réaliser une étude comparative des ruptures prématurées des membranes sur présentation céphalique et sur présentation podalique afin de mettre en évidence des différences significatives en ce qui concerne les complications obstétricales, maternelles et néonatales. Cela pourrait alors nous éclairer en ce qui concerne le suivi en HAD des RPM sur siège.

En ce qui concerne les motifs de non sortie psycho-socio-environnementaux, il existe de nombreux facteurs sur lesquels nous pouvons intervenir afin de permettre un suivi au domicile de la patiente.

Le motif « incapacité d'auto prise en charge » pourra être amélioré grâce à une éducation thérapeutique des patientes plus rigoureuse, mais également via une réassurance des patientes en ce qui concerne leur savoir faire, leurs connaissances et leurs capacités. Cette éducation devra être commencée le plus tôt possible en hospitalisation conventionnelle lorsqu'une sortie en HAD est envisagée. Cette prise en charge devra être poursuivie pour le personnel de l'HAD Lilloise en soulignant leurs progrès et leurs acquis et en leur donnant des conseils personnalisés afin d'améliorer leur prise en charge et leur suivi. Lorsqu'une notion de « précarité » ou de « logement incompatible à un suivi en HAD » est retrouvé, il faudrait faire intervenir systématiquement les assistantes sociales afin d'élaborer des solutions d'améliorations de ces conditions de vie. Lorsque cela est impossible ou que l'insalubrité du logement est constatée, des solutions de relogement devraient idéalement être proposées. En effet, cela permettrait également de préparer l'arrivée d'un enfant potentiellement plus fragile dans les meilleures conditions possibles. Cependant, les conditions économiques actuelles, et la pénurie de logements sociaux en France vont rendre très difficile la mise en place de cette alternative.

Une collaboration étroite avec les services de Protection Maternelle et Infantile de la Région ainsi qu'avec le Centre Communal d'Action Sociale de la ville (CCAS) sera essentielle et devra être renforcée afin de prendre en charge au mieux la patiente.

Les cas où le suivi en HAD est compromis par l'anxiété de la mère devra être plus approfondi. En effet, l'analyse des dossiers médicaux empêchent de connaître les raisons de cette anxiété. Il serait alors intéressant de réaliser des entretiens avec ces futures mamans

afin de non seulement mieux cerner les motifs de leurs inquiétudes mais également les facteurs psycho-socio-environnementaux qui influencent cette décision. Ces entretiens permettraient également d'analyser la compréhension du message transmis par le personnel de santé en ce qui concerne le suivi en HAD, mais également en ce qui concerne la compréhension de leur pathologie. En effet, une patiente qui ne comprend pas ce qui lui arrive, les complications possibles qui peuvent survenir, ainsi que les éléments cliniques à surveiller, est naturellement plus angoissée.

En conclusion, plusieurs études à plus grand effectif doivent être menées afin de pouvoir déterminer avec une plus grande précision quels sont les motifs de non sortie en HAD qui doivent être établis, afin de garantir à la fois une sécurité médicale et un confort plus important pour la patiente.

Il est également important d'améliorer la prise en charge psycho-sociale de ces patientes fragilisées afin qu'elles puissent avoir accès à la prise en charge en Hospitalisation à Domicile.

Conclusion :

L'hospitalisation à Domicile des grossesses compliquées est actuellement en plein essor. Permettant un plus grand confort de vie, même dans le cadre d'une pathologie gravidique, cette solution est donc majoritairement plébiscitée par les patientes. Cependant, des perfectionnements sont encore nécessaires afin d'améliorer la sécurité de cette prise en charge et ainsi à terme son développement dans l'ensemble des régions françaises.

Ainsi, les motifs de non sortie en HAD font actuellement débat au sein de la communauté médicale. Il est en effet indispensable que la sécurité pour chaque patiente soit établie avant de pouvoir permettre ce type de suivi. De plus l'adhésion totale de la patiente à cette prise en charge est essentielle afin que l'accompagnement soit optimal.

Mon étude a permis de montrer qu'en pratique les motifs de non-sortie médicaux incluaient le plus souvent la présence d'une menace d'accouchement prématuré non stabilisée, d'un anamnios au vu des complications associées trop importantes, ou encore d'une chorioamniotite en raison de ses conséquences maternelles et néonatales trop graves. L'anxiété des patientes et de leur entourage est également un motif majeur de non suivi en HAD. L'écoute, l'information et le développement d'une relation de confiance avec le professionnel de santé devront permettre de rassurer la patiente en ce qui concerne la qualité et la sécurité du suivi. Il sera également important d'amorcer le plus tôt possible l'autonomisation de la patiente en ce qui concerne sa prise en charge.

Le suivi en HAD dans la Métropole Lilloise est une avancée certaine pour le confort des patientes et permet un bénéfice en ce qui concerne le délai rupture des membranes-accouchement. La suite de ce travail consistera alors en l'établissement de critères stricts de sortie en HAD. Il sera dès lors intéressant d'évaluer ultérieurement la survenue de complications.

Bibliographie :

1. Momas I, Tran B, Haury B. Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. Haut Conseil de la Santé Publique; 2010 avr p. 1-282.
2. Brocas A-M. Etat de Santé de la Population en France. Direction des études de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2011 p. 1-342.
3. Blondel B, Zeitlin J. Rapport européen sur la santé périnatale : la France dans une position moyenne, mais avec le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe. Inserm; 2013 mai p. 1-7.
4. Saucedo M, Deneux-Tharaux M-H, Bouvier-Colle. Epidémiologie de la mortalité maternelle en France 2007-2009. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. nov 2013;42(7):613-27.
5. Killian H. HAD obstétricale : indications et rôles du médecin généraliste. [Nancy 1]: Université Henri Poincaré; 2007.
6. Blondel B, Lelong N. La santé Périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010 : résultats des enquêtes nationales périnatales. La revue Sage-Femme. juin 2012;11(3):128-43.
7. Blondel B, Zeitlin J. La santé Périnatale en France : une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes. La revue Sage-Femme. févr 2014;13(1):1-5.
8. Rapport public annuel 2005 : la politique de périnatalité. Cour des comptes; 2006 févr p. 34.
9. Touraine M, Cazeneuve B. Régime général de la Sécurité sociale : déficit en recul en 2012. 4 sept 2013;(530).
10. Touraine M, Eckert C, Rossignol L. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. sept 29, 2014.
11. Blondel B, Zeitlin J. Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 42(5):407-9.
12. Sentilhes-Monkan A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile L'histoire d'un paradoxe. Revue française des affaires sociales. 2005;(3):157-82.
13. Durand N, Lannelongue C, Legrand P. Hospitalisation à domicile. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2010 nov. RM2010-109P. Tome1.
14. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics. mars, 1986.

15. Fédération Nationale des établissements d'HAD. Hospitalisation à domicile. oct 2015
16. Hopital.fr. L'hospitalisation à domicile. 4 juill 2015;
17. Podeur A, Revel M, Malibert J, Bateau C. Circulaire relative à l'HAD. DHOS/03/2006/506 janv 12, 2006.
18. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes. L'hospitalisation à domicile (HAD). nov 27, 2007.
19. Ancel P. Epidémiologie de la Rupture Prématurée des Membranes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. nov 1999;28(7):607-25.
20. Gillard P, Sentilhes L, Descamps P. Rupture Prématurée des Membranes en dehors du travail : conduite à tenir. (Chapitre 19).
21. Adoni A, Ben Chetrit A, Zacut D. Prolongation of the latent period in patients with premature rupture of the membranes by avoiding digital examination. Int J Gynecol Obstet. 32(1):19-21.
22. Huret E, Chavanaz-Lacheray I, Grzegorzczuk-Martin V, Fournet P. Prise en Charge à domicile des Ruptures Prématurées des Mebranes avant 37 SA. 2014;42(4):222-8.
23. Parry S, Strauss J. Premature Rupture of the fetal membranes. N Engl J Med. 338:663-70.
24. Faksh A, Wax J, Lucas F. Preterm premature of membranes ≥ 32 weeks' gestation : impact of revised practice guidelines. Am J Obstet Gynecol. 2011;205(4):340-e15.
25. Mercer B, Goldenberg R, Meis P. The preterm prediction study : prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(3):738-45.
26. Pasquier J, Doret M. Les membranes foetales : développement embryologique structure et physiopathologie de la rupture prématurée avant terme. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008;37(6):579-88.
27. Rangaswamy N, Abdelrahim A, Moore R. Biomécanique de la rupture des membranes foetales. Les membranes foetales sont plus résistantes avant terme qu'à terme. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. juin 2011;39(6):373-7.
28. Servan-Schreider E, Garabedian C, Deruelle P. Alternatives à l'hospitalisation en gynécologie/obstétrique. EMC-Obstétrique. févr 2014;9(2):1-8.
29. Garabedian C, Bocquet C, Duhamel A, Rousselle B, Balagny S, Clouqueur E, et al. Rupture prématurée des membranes : peut-on proposer une prise en charge à domicile ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. mars 2016;45(3):278-84.
30. El Senoun G, Dowswell T, Mousa H-A. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev. avril 2014;(4).

31. Ayres A. Home management of preterm rupture of the membranes. *Int J Gynecol Obstet.* 2002;78(2):153-5.
32. Carlan S, O'Brien W, Parsons M, Lense J. Preterm premature rupture of membranes : a randomized study of home versus hospital management. *Obstet Gynecol.* 1993;81(1):61-4.
33. Goodman J, Lambert A. Outcomes in cephalic vs noncephalic presentation in the setting of preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* mars 2013;2018(3):231.
34. Pratices Bulletin No.160 : Premature Rupture of Membranes. *Obstetrics & gynecology.* janv 2016 ;127(1).
35. Popowski T, Goffinet F, Batteux F, Maillard F. Prédiction de l'infection maternofoetale en cas de rupture prématurée des membranes par les marqueurs sériques maternels. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité.* mai 2011;39(5):302-8.
36. Gabelle C, Terzibachian A, Gay C. Hospitalisation à domicile en obstétrique : création et bilan d'activité d'un service ou comment s'adapter à la politique de restructuration. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* janv 2004;33(1):81.
37. Carlan S, Richmond L, O'Brien W. Randomized trial of endovaginal ultrasound in preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 1997;89(3):458-61.
38. Kovacevich G, Gaich S, Lavin L. The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1089-92.
39. Tanir M, Sener T, Tekio N. Preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome prior to 34 weeks of gestation. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;82(2):167-72.
40. Alexander J, Brian M, Mercer M. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(4):1007-7.
41. Mehats C, Schmitz T. Biochimie de la rupture des membranes foetales. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité.* 2011;39(6):365-9.
42. Couteau C, Haumonté J. Pratique en France de prise en charge des ruptures prématurées des membranes. *La revue Sage-Femme.* avr 2013;12(2):56-62.
43. Jones P. Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital discharge. *Home care provid.* 1997;2(5):235-341.
44. Bocquet C, Deruelle P. Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* oct 2014;43(8):587-92.

UNIVERSITE LILLE II
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHRU DE LILLE

Quel est le motif de non sortie en hospitalisation à domicile des patientes éligibles suivies pour rupture prématurée des membranes ?

What is the motive for not exit in home medical care eligible patients followed for premature rupture of membranes?

L'hospitalisation à Domicile des patientes ayant rompu prématurément les membranes est actuellement en plein essor. Cependant, les motifs de non sortie en HAD font actuellement débat au sein de la communauté médicale. Il est en effet indispensable que la sécurité pour chaque patiente soit établie avant de pouvoir permettre ce type de suivi. De plus l'adhésion totale de la patiente à cette prise en charge est essentielle afin que l'accompagnement soit optimal. Mon étude a permis de montrer qu'en pratique les motifs de non-sortie médicaux incluaient le plus souvent la menace d'accouchement prématuré non stabilisée, d'un anamnios ou encore d'une chorioamnionite. L'anxiété des patientes et de leur entourage est également un motif majeur de non suivi en HAD.

Le suivi en HAD dans la Métropole Lilloise est une avancée certaine pour le confort des patientes et permet un bénéfice en ce qui concerne le confort de la patiente ainsi qu'un délai rupture des membranes-accouchement plus important. La suite de ce travail consistera alors en l'établissement de critères stricts de sortie en HAD.

The Home medical care of patients who prematurely ruptured membranes is currently booming. However, the reasons for not exit in home care currently under debate within the medical community. The establishment of security condition for each patient before being able to allow the type of follow-up. Of more, the total membership of the patient in this coverage is necessary. My study has shown that in practice the medical motives for non-realise included most often the not stabilized threat of premature delivery, an anamnios or a chorioamnionitis. The anxiety of patients and their families is also a major motive for not follow-up in home care.

Home Care in the Lille Métropole is an advanced degree for patient comfort and allow a profit as regards the comfort of the patient as well as a deadline breakof membranes-childbirth more important. The continuation of this work will then consist of the establishment of strict exit criteria.

Mots clés : Hospitalisation à domicile (HAD), Rupture prématurée des membranes (RPM), Motifs non sortie, Jeanne de Flandres, Lille

Keywords : home care, premature rupture of membranes (PROM), not output patterns, Jeanne de Flandre, Lille (France)

Mémoire présenté et soutenu par :

POIDEVIN Audrey
Promotion année 2016