

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 utero 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'entérocolite 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.

MCours.com