



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

**Situations pathologiques pouvant
relever de l'hospitalisation à
domicile au cours de l'*ante* et du
*post-partum***

Méthode « Recommandations par consensus formalisé »

RECOMMANDATIONS

Avril 2011

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

[Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode « Recommandations par consensus formalisé ».](#)

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont résumés en dernière page (fiche descriptive) et décrits dans l'argumentaire scientifique. Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

Preuve scientifique établie

- A** Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées

Présomption scientifique

- B** Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte

Faible niveau de preuve

- C** Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

Accord d'experts

- AE** En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Haute Autorité de Santé
Service Documentation – Information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1	Introduction.....	6
1.1	Thème des recommandations.....	6
1.2	Objectif des recommandations.....	6
1.3	Questions abordées.....	6
1.4	Limites.....	6
1.5	Place de l'HAD dans l'offre de soins locale.....	7
1.6	Professionnels de santé concernés.....	7
1.7	Prise en charge financière.....	8
1.8	Méthode et gradation des recommandations.....	8
2	Modalités générales d'organisation et d'acceptation en HAD.....	9
2.1	Définition et réglementation.....	9
2.2	Modalités d'admission (hôpital-HAD) et acteurs.....	9
2.3	Modalités de mutation (HAD-hôpital).....	10
2.4	Organisation pratique.....	10
2.5	Conditions générales d'acceptation en HAD.....	11
3	Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD en <i>antepartum</i>.....	11
3.1	Pathologie maternelle préexistante.....	11
3.1.1	Hypertension artérielle préalable à la grossesse.....	11
3.1.2	Diabète préalable à la grossesse.....	12
3.1.3	Lupus et syndrome des antiphospholipides.....	12
3.1.4	Thrombophilies génétiques.....	12
3.1.5	Pathologie psychiatrique associée à une indication médicale.....	12
3.2	Pathologie maternelle gravidique.....	13
3.2.1	HTA gravidique.....	13
3.2.2	Diabète gestationnel.....	13
3.2.3	Cholestase gravidique.....	13
3.3	Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux.....	14
3.3.1	Antécédents de prématurité.....	14
3.3.2	Antécédents de mort fœtale <i>in utero</i>	14
3.3.3	Antécédents d'hématome rétroplacentaire.....	14
3.4	Facteurs de risque liés à la grossesse.....	14
3.4.1	Grossesses multiples.....	14
3.4.2	Retard de croissance intra utérin.....	14
3.4.3	Rupture prématurée des membranes.....	14
3.5	Problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale.....	14
3.6	Situations pouvant relever de l'HAD en <i>antepartum</i> en l'absence d'offre alternative de soins.....	15
3.6.1	Menace d'accouchement prématuré.....	15
3.6.2	<i>Placenta praevia</i>	15
4	Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD en <i>post-partum</i>.....	15
4.1	Pathologies spécifiques au <i>post-partum</i>	16
4.1.1	Soins post-césarienne.....	16
4.1.2	Soins de plaie périnéale.....	16
4.1.3	Dépression du <i>post-partum</i>	16
4.2	Mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale.....	17
4.3	Pathologies non spécifiques au <i>post-partum</i>	18
4.4	Situation pouvant relever de l'HAD en <i>post-partum</i> en l'absence d'offre de soins alternative : difficultés d'allaitement.....	18
	Annexe 1. Fiche de demande d'admission <i>antepartum</i> pathologique – Projet thérapeutique.....	19

Annexe 2. Fiche de demande d'admission <i>post-partum</i> pathologique – Projet thérapeutique	21
Annexe 3. Tableau récapitulatif des situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l' <i>antepartum</i>	22
Annexe 4. Tableau récapitulatif des situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du <i>post-partum</i>.....	23
Annexe 5. Tableau récapitulatif des situations particulières pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre de soins alternative	24
Annexe 6. Propositions de protocoles de suivi en HAD par situation pathologique au cours de l' <i>antepartum</i>	25
Annexe 7. Propositions de protocoles de suivi en HAD par situation pathologique au cours du <i>post-partum</i>.....	29
Annexe 8. Propositions de protocoles de suivi par situation pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre alternative de soins	31
Annexe 9. Questionnaire d'évaluation d'un état dépressif : <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS)	33
Participants	35
Fiche descriptive.....	37

Abréviations

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous.

ALAT	alanine aminotransférase
ASAT	aspartate aminotransférase
CMP	centre médico-psychologique
DPP	dépression du <i>post-partum</i>
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
HAD	hospitalisation à domicile
HTA	hypertension artérielle
HRP	hématome rétroplacentaire
MFIU	mort fœtale <i>in utero</i>
PAD	pression artérielle diastolique
PAS	pression artérielle systolique
PMI	protection maternelle et infantile
RCF	rythme cardiaque fœtal
RCIU	retard de croissance <i>in utero</i>
SA	semaine d'aménorrhée
TISF	technicienne en intervention sociale et familiale
UHME	unité d'hospitalisation mère-enfant

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

L'élaboration de ces recommandations de bonne pratique (RBP) répond à une demande de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

S'agissant des domaines et des situations à traiter, la FNEHAD a choisi les indications de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) en obstétrique comme champ prioritaire.

1.2 Objectif des recommandations

L'objectif de ce travail est d'optimiser la prise en charge de la femme et de son enfant dans le cadre d'une HAD. Il s'agit donc de définir :

1. les situations pathologiques pouvant relever d'une prise en charge en HAD au cours de l'*ante* et du *post-partum* ;
2. les aspects organisationnels de l'HAD permettant de favoriser la coordination entre les différents intervenants ;
3. la prise en charge permettant :
 - de raccourcir, voire éviter, une hospitalisation conventionnelle de la femme enceinte ou de la mère et de son nouveau-né,
 - d'éviter une réhospitalisation de la femme enceinte ou de la mère et de son nouveau-né,
 - de limiter le recours aux consultations d'urgence après la sortie de la maternité.

1.3 Questions abordées

Les questions suivantes touchent à la fois l'*ante* et le *post-partum* :

1. Quelles sont les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD ?
2. Quelles sont les conditions d'acceptation en HAD ?
3. Quelles sont les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité ?
4. Quelles sont les modalités de l'HAD ? Plus particulièrement :
 - a. Quelle est la place des différents acteurs impliqués dans l'organisation de l'HAD ?
 - b. Quand et à quelle fréquence réaliser les visites à domicile ?
 - c. Quels projets thérapeutiques/protocoles suivre ?

1.4 Limites

Les questions posées ne concernent que les situations pathologiques et les situations de vulnérabilité pouvant survenir au cours de l'*ante* et du *post-partum* dont le suivi est envisageable en HAD. De ce fait, la place éventuelle de l'HAD pour le suivi de la grossesse physiologique après accouchement ne sera pas abordée dans ces recommandations. Cette question pourrait être abordée ultérieurement dans le cadre d'un travail spécifique d'actualisation des RBP sur la sortie précoce des maternités après accouchement (Anaes 2004), définie par une sortie entre J0 (jour de l'accouchement) et J2 inclus si l'accouchement s'est déroulé par voie basse, et entre J0 et J4 en cas de césarienne. Ce travail prendra alors en compte les aspects médicaux, organisationnels et d'efficience des différentes modalités de prise en charge.

Les questions posées concernent uniquement les aspects organisationnels de coordination des soins et les situations pathologiques au cours de l'*ante* et du *post-partum* pouvant relever de l'HAD.

Les indications pédiatriques de l'HAD ont été exclues de ces recommandations. En effet, les pathologies qui indiquent une HAD, en particulier un retour à domicile après hospitalisation en néonatalogie, feront l'objet d'une HAD pédiatrique. Ceci n'exclut pas la surveillance des pathologies peu sévères des nouveau-nés (ictère, perte de poids, difficultés alimentaires par exemple) par les équipes d'HAD obstétricale.

1.5 Place de l'HAD dans l'offre de soins locale

En périnatalité, l'HAD est **une des modalités possibles de prise en charge à replacer dans le contexte de l'offre de soins locale**. Elle s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec :

- les professionnels de santé libéraux (sages-femmes, médecin généraliste) qu'ils soient ou non constitués en réseaux ;
- les professionnels de santé des établissements de santé ;
- les professionnels de santé des centres de protection maternelle et infantile (PMI), et/ou tout autre intervenant relevant du secteur social et/ou médico-social (associations, technicienne en intervention sociale et familiale -TISF-, assistante sociale...).

L'HAD permet d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle en coordonnant l'intervention d'acteurs différents (de façon concomitante ou en relais à l'HAD), au bénéfice de la patiente et de son enfant.

Il est important de citer la circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité¹ qui précise que : « *Dans le cas des sorties précoces [...], les ressources doivent être identifiées et répertoriées et leur place respective dans ce type de prise en charge est détaillée. Un document de liaison adapté et choisi par le réseau doit être utilisé de manière uniforme pour une transmission la plus claire possible. En cas de sorties précoces [...] dues à des difficultés ou des choix d'organisation, la sortie est organisée dans le cadre du réseau avec les relais existants et en fonction de chaque situation individuelle. Une procédure de suivi au domicile est mise en place, en particulier avec le concours des sages-femmes libérales, des sages-femmes de PMI, d'une HAD, du médecin traitant, [...]* Certaines situations particulières, notamment psychosociales, nécessitent des durées de séjour plus longues et la maternité doit pouvoir s'organiser pour y faire face en lien avec la PMI en tant que de besoin. »

L'HAD contribue à ce partenariat par sa complémentarité avec les autres services.

1.6 Professionnels de santé concernés

Intégrée dans l'offre de soins locale, très variable d'un territoire de santé à un autre, l'HAD fait par nature intervenir de nombreux professionnels : prescripteurs, coordonnateurs d'HAD, médecin généraliste ou spécialiste traitant et intervenants à domicile, selon une organisation propre aux ressources de chaque structure. De ces ressources dépendra le type de pathologie que la structure d'HAD peut prendre en charge.

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire, elle prend en compte l'environnement sanitaire, social et médico-social participant à la prise en charge éventuelle de la patiente en amont ou en aval de l'HAD :

- les intervenants libéraux (sages-femmes) ou paramédicaux (infirmières, puéricultrices, etc.) constitués ou non en réseaux, et occupant un rôle plus ou moins important dans l'HAD, en complément ou en substitution du personnel salarié ;
- les établissements de santé ;
- les professionnels des centres de PMI et/ou tout autre intervenant relevant du secteur social et/ou médico-social (associations, TISF) ;
- les prestataires médico-techniques (équipements, matériel médical et paramédical) ;
- les services de soins à domicile ;
- les fournisseurs de services à la personne (aide à domicile, etc.).

¹ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006

En obstétrique, **les intervenants à domicile** sont principalement des sages-femmes (salariées de l'HAD ou libérales), mais selon les structures et les indications, ils peuvent associer : infirmier(e)s, puéricultrices, médecins généralistes ou spécialistes (pédiatres, psychiatres), psychologues, diététicien(ne)s, travailleurs sociaux, etc.

Quant au rôle respectif des différents professionnels de santé amenés à dispenser des soins à domicile, il est rappelé que chaque intervenant se doit de pratiquer les actes autorisés conformément à son champ de compétence défini par la loi.

1.7 Prise en charge financière

Bien que ces recommandations n'abordent pas de questions médico-économiques en lien avec l'HAD, il est apparu important de rappeler les points suivants :

- La patiente doit être informée des conditions financières de prise en charge de l'HAD.
- **À partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse**, tous les frais médicaux remboursables (pharmaceutiques, d'analyses, d'examens de laboratoire, d'hospitalisation) sont pris en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance maladie ; cette prise en charge à 100 % se poursuit **jusqu'au 12^e jour après l'accouchement**.
- **Avant le 6^e mois de grossesse et après le 12^e jour après l'accouchement**, l'HAD est prise en charge à 80 % par l'Assurance maladie, comme toute hospitalisation, sauf si la situation de la patiente ouvre droit à une prise en charge à 100 % par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), l'aide médicale d'État (AME), une affection de longue durée (ALD) exonérante, etc.
- La patiente bénéficie d'une **dispense d'avance de frais** pour :
 - les honoraires du médecin généraliste ou spécialiste traitant intervenant dans le cadre de l'HAD ;
 - les frais pharmaceutiques (médicaments délivrés par le pharmacien ou par la pharmacie de l'hôpital, pour des médicaments plus spécifiques) ;
 - les actes de laboratoires d'analyses biologiques liés à l'HAD ;
 - les honoraires des professionnels libéraux (sages-femmes) ou paramédicaux (infirmières, puéricultrices, etc.)..., si une convention est établie ;
 - le transport en ambulance, s'il a été commandé par l'HAD ;
 - l'hospitalisation de jour ;
 - le matériel médical ;
 - le mobilier spécifique (lit médicalisé, fauteuil de repos, etc.) ;
 - le matériel et les accessoires à usage unique.

1.8 Méthode et gradation des recommandations

Ces recommandations ont été élaborées sur la base d'accords d'experts à l'aide de la méthode HAS des « *recommandations par consensus formalisé* ». Compte tenu de la faiblesse et de la rareté des preuves scientifiques établies dans le domaine, certaines des recommandations élaborées par les groupes de travail (groupes de pilotage et de cotation) ont essentiellement valeur de proposition, notamment au niveau organisationnel.

2 Modalités générales d'organisation et d'acceptation en HAD

2.1 Définition et réglementation

Aux termes de l'article L. 6125-2 du Code de la santé publique, l'HAD permet d'assurer « des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » L'HAD concerne donc des soins qui, en l'absence d'une telle offre, seraient pris en charge en établissement de santé. L'établissement d'HAD est soumis aux mêmes obligations que les établissements de santé privés et publics : sécurité et qualité des soins, certification par la HAS, continuité des soins 24 heures sur 24, lutte contre les infections nosocomiales...

L'HAD a pour objectif d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

L'HAD est proposée sur prescription médicale pour une période limitée, révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

L'essor de l'HAD est récent (depuis 2000-2003) et la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, a permis d'apporter des avancées législatives et réglementaires significatives en matière d'HAD.

L'article 1^{er} de la loi HPST, relatif aux missions des établissements de santé, définit le domicile comme l'un des lieux de possible exercice des missions des établissements de santé, au même titre que l'hébergement et l'ambulatoire. L'HAD est donc désormais considérée comme **une modalité à part entière d'exercice des missions des établissements de santé et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation**. Les établissements d'HAD sont d'ailleurs soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers.

Par l'article L 6125-2, l'appellation d'établissement d'HAD est désormais réservée uniquement aux établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 (rappelant qu'ils sont soumis à autorisation par l'agence régionale de santé) ; ils peuvent en faire usage dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité.

La loi a également permis un assouplissement des règles de fonctionnement de l'HAD et d'organisation de l'HAD plus adaptées, notamment quant à la gestion du médicament (recours à la pharmacie à usage intérieur d'autres établissements de santé et délégation possible aux pharmacies d'officine) et au recours possible à des auxiliaires médicaux libéraux (désormais légalisé pour les établissements d'HAD publics et confirmé pour les établissements d'HAD privés). Ces établissements pourront en outre déroger au paiement à l'acte de ces professionnels paramédicaux. Cette mesure s'inscrit pleinement dans la perspective d'un développement de coopérations avec les professionnels de proximité de la patiente en HAD : médecins généralistes, sages-femmes, kinésithérapeutes, ou encore pharmaciens.

2.2 Modalités d'admission (hôpital-HAD) et acteurs

L'HAD est proposée à la patiente sur prescription médicale écrite pour une durée limitée.

Toute instauration ou arrêt d'HAD doit être validée par l'équipe de coordination de la structure d'HAD.

Le prescripteur de l'HAD	<p>est le plus souvent un professionnel de santé de la maternité dans laquelle la patiente est suivie. L'HAD peut être mise en place parfois à la demande d'un autre intervenant ayant suivi la grossesse, notamment le médecin généraliste ou spécialiste traitant.</p> <p>Cette prescription est faite en <i>antepartum</i> à la suite d'une hospitalisation de court ou moyen séjour, d'une consultation hospitalière ou d'un passage aux urgences, et/ou en <i>post-partum</i> depuis l'établissement où a eu lieu l'accouchement.</p> <p>Le prescripteur rédige le protocole de surveillance et de soins (projet thérapeutique) définissant les actes et la fréquence des visites. Il remplit également une fiche de demande d'admission en HAD, comportant notamment les coordonnées des personnes ressources à contacter en cas d'aggravation de la pathologie. S'il n'est pas prescripteur, le médecin généraliste ou spécialiste traitant doit être informé (à la fois de l'admission en HAD de sa patiente et de sa sortie). En fonction de l'évolution de l'état de santé de la patiente, le protocole peut être révisé, voire</p>
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	renouvelé, par l'équipe médicale et soignante, en collaboration avec le prescripteur et le médecin généraliste ou spécialiste traitant, et avec l'accord de la patiente.
Le médecin coordonnateur	est recruté et salarié par la structure d'HAD, ou mis à disposition de celle-ci par contrat avec un établissement de santé. Il donne son accord à l'admission en HAD. Il vérifie la faisabilité de la prise en charge (notamment en termes de disponibilité et d'accès au domicile). Il est responsable de la prise en charge globale de la patiente par la coordination des soins, informe le médecin traitant généraliste ou spécialiste (si celui-ci n'est pas le prescripteur) et gère la sortie. Dans ce cadre, il remplit un certain nombre de missions aussi bien médicales qu'administratives. Des sages-femmes et cadres infirmiers, salariés de la structure d'HAD, peuvent assurer des fonctions de coordination des soins en appui du médecin coordonnateur auprès des professionnels de santé employés ou rétribués par l'HAD.

2.3 Modalités de mutation (HAD-hôpital)

La patiente doit toujours pouvoir être retransférée en urgence vers l'établissement d'origine, sur demande des professionnels de santé effectuant les visites à domicile, en accord avec le prescripteur ou le médecin de garde dans l'établissement d'origine. La structure d'HAD doit en être informée.

2.4 Organisation pratique

Des modèles de fiches de demande d'admission, respectivement en *ante* et en *post-partum* pathologiques, sont proposés en annexes 1 et 2.

Les fiches de demande d'admission en HAD permettent la transmission de données essentielles à une bonne continuité de prise en charge. Elles doivent comporter au minimum :

- le motif de l'HAD ;
- les antécédents de la patiente, d'éventuelles allergies ;
- le résumé de la grossesse ;
- une description précise de l'accouchement pour la fiche concernant le *post-partum* ;
- un compte rendu de l'hospitalisation *post-partum*, mentionnant en particulier les modalités de mise en route de l'allaitement, l'état du périnée, la présence d'une cicatrice de césarienne, d'éventuelles difficultés psychiques (émotionnelles ou relationnelles) ou sociales ;
- les résultats d'éventuels examens complémentaires (taux d'hémoglobine, bilan infectieux...) ;
- les traitements en cours ;
- les coordonnées des personnes ressources ;
- la signature de la patiente ;
- le nom du prescripteur.

Concernant le suivi, il est important que soient précisées dans chaque dossier :

- la procédure de permanence des soins (accueil téléphonique) ;
- les modalités de retour en hospitalisation conventionnelle si nécessaire.

La fréquence initiale des visites est fixée par le prescripteur, puis peut être adaptée par lui ou par les intervenants à domicile, en accord avec le coordonnateur, en fonction de l'évolution de la pathologie. En absence d'offre de soins alternative et uniquement dans certains cas (menace d'accouchement prématuré ou *placenta prævia* par exemple), l'HAD peut être mise en place et permettre à la patiente de bénéficier de son support logistique, notamment la permanence des soins, la mise à disposition de véhicules de transport, de prélèvements à domicile. La fréquence des visites à domicile pourra alors être adaptée au cas par cas (moins de 3 visites par semaine en *antepartum*).

2.5 Conditions générales d'acceptation en HAD

Que ce soit dans le cadre de la surveillance d'une grossesse à risque ou du suivi d'une femme et de son enfant au cours d'un *post-partum* pathologique, les conditions d'acceptation en HAD sont donc les suivantes (accord d'experts) :

- la patiente doit résider dans le périmètre géographique sur lequel la structure d'HAD est autorisée ; d'éventuelles contraintes géographiques (montagne) ou environnementales (animaux dangereux) sont à prendre en compte ;
- le domicile doit présenter le minimum technique préalable à une intervention HAD : électricité, téléphone ;
- il est possible d'organiser un transfert en urgence le cas échéant ;
- la patiente ne doit pas être isolée ;
- il est nécessaire de s'assurer que la femme et/ou l'entourage présentent une bonne compréhension et adhèrent au protocole de soins ;
- l'admission en HAD est soumise à contractualisation (signatures de la patiente et de la structure d'HAD).

La sortie contre avis médical du service d'hospitalisation conventionnelle n'est pas une contre-indication à l'HAD. L'équipe médicale doit cependant tout mettre en œuvre pour maintenir la patiente à l'hôpital. En cas de refus d'hospitalisation conventionnelle, la prise en charge en HAD doit rester à l'appréciation du coordonnateur de l'HAD qui pourra en tenir informé le médecin traitant (généraliste ou spécialiste).

3 Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD en *antepartum*

La démarche entreprise a été de sélectionner, parmi les interventions évaluées efficaces (examens complémentaires, traitements) destinées à réduire le risque de complications périnatales, celles qui pouvaient relever de l'HAD obstétrique en *antepartum*. Des protocoles de prise en charge sont proposés et les complications materno-fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées (cf. annexe 6).

Le cas échéant, les situations pathologiques ne pouvant pas relever de l'HAD en *antepartum* sont abordées au cas par cas, ainsi que les interventions recommandées chez des femmes prises en charge à domicile. L'annexe 3 récapitule les situations pathologiques retenues pouvant relever d'une HAD au cours de l'*antepartum*.

Concernant la surveillance d'une grossesse à risque, le plan des protocoles rapportés en annexe 6 est standardisé comme suit :

- fréquence des visites ;
- Contenu des visites :
 - questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux,
 - examen clinique ;
- enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) le cas échéant ;
- prélèvements supplémentaires au suivi prénatal le cas échéant ;
- complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité.

3.1 Pathologie maternelle préexistante

3.1.1 Hypertension artérielle préalable à la grossesse

Aggravation d'une hypertension artérielle (HTA) chronique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) et isolée (sans protéinurie) et/ou associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile)

n'indiquant pas une hospitalisation conventionnelle et/ou en cas d'antécédents notables (mort fœtale *in utero* MFIU, hématome rétroplacentaire HRP, éclampsie, prématurité induite) (grade B).

En revanche, ne relèvent pas de l'HAD :

- les formes sévères d'HTA (PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg) et la pré-éclampsie, qui justifient une hospitalisation conventionnelle dans un environnement périnatal adapté (accord d'experts) ;
- l'HTA chronique isolée (sans protéinurie), bien équilibrée et sans retentissement fœtal (accord d'experts).

3.1.2 Diabète préalable à la grossesse

Si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies supérieure à 1,50 g/L, celles-ci étant enregistrées pendant 7, 14 et 30 jours à partir d'un lecteur), le risque de MFIU augmente. Une hospitalisation conventionnelle sera proposée pour améliorer les glycémies, intensifier la surveillance et éventuellement décider d'une extraction dans un centre périnatal adapté (grade C). Cependant, si la patiente a bien compris les enjeux, une HAD en lien étroit avec le diabétologue peut être indiquée.

► Recommandations sur les interventions à domicile

Un monitoring fœtal sera réalisé à partir de 32 SA en cas de diabète préalable, ou auparavant s'il existe des facteurs de risque additionnels (grade C).

3.1.3 Lupus et syndrome des antiphospholipides

Femmes atteintes de lupus ou syndrome des antiphospholipides.

► Recommandations sur les interventions à domicile

- En l'absence de complications, un enregistrement du RCF peut être envisagé à partir de 32-34 SA (accord d'experts).

Ce suivi peut être intensifié (jusqu'à un RCF par jour) en cas de facteurs de risques additionnels (accord d'experts) :

- antécédents notables (mort fœtale *in utero*, pré-éclampsie) ;
- néphropathie, présence d'anticorps antiphospholipides ;
- anomalies de la grossesse en cours (RCIU).

3.1.4 Thrombophilies génétiques

La présence d'une thrombophilie génétique isolée en l'absence d'antécédent ou de complications lors de la grossesse en cours ne justifie pas le recours à l'HAD (grade C).

En cas d'antécédent notable (MFIU) ou de complications lors de la grossesse en cours (RCIU), le recours à l'HAD pourra être indiqué selon la situation (cf. *infra*). Les spécificités du dépistage et de la prévention des complications thrombo-emboliques veineuses sont précisées dans le protocole (cf. annexe 6).

3.1.5 Pathologie psychiatrique associée à une indication médicale

En cas d'indication médicale, maternelle ou fœtale, une patiente présentant une pathologie psychiatrique non décompensée peut être prise en charge en HAD, en *antepartum* comme en *post-partum*.

Un partenariat étroit doit être instauré entre les professionnels de l'HAD et les différents acteurs de psychiatrie en périnatalité (« travail en réseau personnalisé »), qu'ils soient psychiatres libéraux ou psychiatres exerçant au sein des équipes de psychiatrie publique sectorisée : en centre médico-psychologique extrahospitalier et en service d'hospitalisation, médecins généralistes traitants, médecins de PMI, psychologues (de maternité, de PMI, ou de CMP), pédopsychiatres,

gynécologues-obstétriciens, médecins gynécologues, sages-femmes (libérales et de PMI), pédiatres, assistantes sociales, TISF, etc. (accord d'experts)².

Au cours de la grossesse, des signes laissant évoquer un manque d'investissement sur l'enfant à naître peuvent aussi relever d'une situation pouvant relever d'une HAD *antepartum* pour soutenir la patiente au plus près de ses besoins propres dans son environnement familial et social, et contribuer à la prise en charge globale avec les autres acteurs (en particulier la PMI) (accord d'experts).

► **Recommandations sur les interventions à domicile**

Un avis spécialisé sera demandé avant l'admission en HAD auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre (soit celui qui suivait la patiente précédemment, soit celui de la maternité ou du réseau périnatal) et un suivi au long cours sera mis en place.

Il est difficile d'établir un protocole : qu'il s'agisse d'une situation clinique pouvant relever d'une HAD du fait d'une complication de la grossesse ou que l'indication ne soit pas « purement obstétricale », l'HAD contribue au « travail en réseau personnalisé » pluri-professionnel et pluri-institutionnel qui vise, en rassurant les futurs parents et en améliorant leur sécurité émotionnelle, à prévenir l'aggravation de leurs difficultés ou plus tard d'éventuels troubles du développement psychoaffectif des enfants.

3.2 Pathologie maternelle gravidique

3.2.1 HTA gravidique

Aggravation d'une HTA gravidique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) et isolée (sans protéinurie) et/ou associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile) n'indiquant pas une hospitalisation conventionnelle et/ou en cas d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite) (grade B).

Les interventions recommandées, le protocole de suivi proposé et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont les mêmes qu'en cas d'HTA préexistante (cf. § 3.1.1).

Les situations ne relevant pas de l'HAD en cas d'HTA chronique sont les mêmes qu'en cas d'HTA préexistante.

3.2.2 Diabète gestationnel

Les situations pouvant relever ou non de l'HAD sont les mêmes qu'en cas de diabète préexistant ; il en est de même pour les interventions recommandées, le protocole de suivi proposé et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité (cf. § 3.1.2.).

► **Recommandations sur les interventions à domicile**

Il n'est pas recommandé d'effectuer un enregistrement du RCF en cas de diabète gestationnel quel qu'en soit le traitement, sauf en cas de facteurs de risque additionnels : obésité, HTA, RCIU, pathologie vasculaire placentaire (accord d'experts).

3.2.3 Cholestase gravidique

Malgré l'absence de recommandations internationales relatives à la surveillance fœtale, la cholestase gravidique peut relever de l'HAD *antepartum* (accord d'experts).

² Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n°2005-300 du 4 juillet 2005

3.3 Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux

3.3.1 Antécédents de prématurité

Un antécédent de prématurité ne relève pas d'une HAD, ni le recours au monitoring des contractions utérines à domicile (grade B).

3.3.2 Antécédents de mort foetale *in utero*

En cas d'antécédent de mort foetale *in utero* (MFIU) inexpliquée, une prise en charge en HAD peut être indiquée (accord d'experts).

3.3.3 Antécédents d'hématome rétroplacentaire

Un antécédent d'hématome rétroplacentaire (HRP) sans pathologie associée n'est pas une situation pouvant relever de l'HAD *antepartum* faute d'intervention efficace à mettre en œuvre (accord d'experts).

3.4 Facteurs de risque liés à la grossesse

3.4.1 Grossesses multiples

En l'absence de facteur de risque additionnel, l'HAD n'est pas indiquée en antepartum pour les grossesses gémellaires (grade C).

3.4.2 Retard de croissance intra utérin

Le RCIU modéré (5-10^e percentile) est une situation pouvant relever de l'HAD (accord d'experts). En revanche, le RCIU sévère ne peut pas relever de l'HAD (accord d'experts).

► Recommandations sur les interventions à domicile

Malgré les limites et les discordances internationales, l'enregistrement du RCF est indiqué en cas de prise en charge par HAD de RCIU modéré (accord d'experts).

- Il sera débuté vers 32-34 SA, en sachant qu'il peut être débuté dès 26-28 SA dans certaines situations à très haut risque (antécédent de MFIU ou de RCIU sévère) (accord d'experts).
- Il n'existe pas de fréquence idéale entre la surveillance quotidienne et la surveillance hebdomadaire qui sera décidée au cas par cas par le prescripteur (grade C).
- Le bénéfice de la surveillance informatisée du RCF par rapport à la surveillance visuelle n'est actuellement pas démontré (grade C).

3.4.3 Rupture prématurée des membranes

En cas de rupture prématurée des membranes avant terme et une fois la viabilité atteinte, les conditions d'éligibilité d'un éventuel retour à domicile sont rarement remplies et surtout la sécurité d'un suivi à domicile n'a pas été établie (grade C).

3.5 Problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale

En cas d'indication médicale pouvant relever de l'HAD au cours de l'*antepartum*, la prise en charge de la situation psychopathologique de la patiente (liée à sa précarité sociale ou à la gravité de sa situation médicale) relève des missions de l'HAD.

Un partenariat étroit (« travail en réseau personnalisé ») doit être instauré entre les professionnels de l'HAD et les différents acteurs de la santé mentale en périnatalité, qu'ils soient médecins généralistes traitants, médecins et sages-femmes de PMI, psychologues (de maternité, de PMI, ou de CMP), pédopsychiatres, gynécologues-obstétriciens, médecins gynécologues, pédiatres, assistantes sociales, TISF et éventuellement psychiatres libéraux ou équipes pluriprofessionnelles de psychiatrie de service public (accord d'experts) (cf. circulaire du 4 juillet 2005 relative à la

promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité³, et circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité⁴).

Au cours de la grossesse, des signes laissant évoquer un manque d'investissement sur l'enfant à naître peuvent aussi indiquer une prise en charge en HAD : par son intensité et sa fréquence, elle peut être complémentaire de la prise en charge par l'équipe de PMI ou par les professionnels libéraux. Elle ne se substitue pas à l'hospitalisation qui peut rester précieuse dans certaines de ces situations.

3.6 Situations pouvant relever de l'HAD en *antepartum* en l'absence d'offre alternative de soins

L'annexe 5 récapitule ces situations pathologiques particulières. Des protocoles de prise en charge sont proposés et les complications materno-fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées (cf. annexe 8).

3.6.1 Menace d'accouchement prématuré

Au décours d'une menace d'accouchement prématuré ayant justifié une hospitalisation conventionnelle et après stabilisation, le recours à l'HAD peut être envisagé (accord d'experts). En l'absence d'autres facteurs de risque, la prise en charge en HAD sera alors interrompue à 36-37 SA (accord d'experts).

► Recommandations sur les interventions à domicile

Le monitoring à domicile des contractions utérines n'est pas justifié (grade A).

3.6.2 *Placenta praevia*

Au décours d'une hospitalisation pour *placenta praevia* qui a saigné et ne saigne plus, la prise en charge à domicile peut être envisagée dans les conditions suivantes : situation stable, aide à domicile, proximité de l'hôpital, téléphone (grade C).

4 Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD en *post-partum*

Le *post-partum* physiologique étant exclu de ce travail, les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD en *post-partum* sont d'une part les pathologies organiques nécessitant des soins médicaux ou paramédicaux, et d'autre part les situations psychopathologiques et de précarité sociale ou de pathologie psychique nécessitant une contribution au travail en réseau de l'ensemble des acteurs et des équipes (PMI, secteur de psychiatrie, unité de psychiatrie périnatale).

Parmi ces situations, certaines sont transitoires (soins de paroi ou du périnée, difficultés d'allaitement associées à un facteur de risque, difficultés à assurer les premiers soins à l'enfant, labilité émotionnelle, expression d'une appréhension anormale de la sortie avec le bébé...) et peuvent faire l'objet d'une HAD, que la sortie de maternité ait été précoce ou non, mais toujours en regard de l'offre de soins locale. Lorsque la femme a été admise en HAD en *antepartum*, une continuité de la prise en charge par les mêmes équipes est souhaitable en *post-partum*.

En *post-partum*, l'HAD est prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale jusqu'au 12^e jour après l'accouchement quel qu'en soit le mode (jusqu'à 3 mois en cas de complications post chirurgicales), avec au minimum 5 visites en 10 jours. Cela a paru au groupe de travail

³ Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n°2005-300 du 4 juillet 2005

⁴ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006

extrêmement rigide et non adapté à certaines situations ; en effet, la prise en charge de soins de paroi d'une césarienne peut être réalisée en 2 ou 3 visites, alors qu'une pathologie psychiatrique nécessite souvent une prise en charge en HAD prolongée au-delà des premières semaines du *post-partum*, quel qu'ait été le mode d'accouchement. Le relais par une HAD non obstétricale est néanmoins possible, pédiatrique ou « adulte » selon le type de pathologie.

Les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD détaillées ici correspondent aux situations le plus fréquemment rencontrées, dont la liste n'est pas exhaustive, et les recommandations les concernant sont en majorité des accords d'experts.

L'annexe 4 récapitule les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du *post-partum*. Les protocoles d'intervention proposés sont détaillés en annexe 7.

En cas de réhospitalisation de la mère, les dispositions réglementaires suivantes (article R. 1112-2)⁵ sont rappelées : « Le directeur ne peut, s'il existe des lits vacants dans le service de maternité, refuser l'admission dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement d'une femme enceinte ou dans le mois qui suit l'accouchement d'une femme récemment accouchée et celle de son enfant. »

4.1 Pathologies spécifiques au *post-partum*

4.1.1 Soins post-césarienne

► Situations pouvant relever de l'HAD

- Difficultés de cicatrisation, notamment en cas d'obésité, diabète, hématome de paroi, patiente multi-opérée, antécédent de désunion.
- Abscesses ou collection pariétale traités lors de l'hospitalisation et nécessitant une surveillance et des soins locaux.
- Allaitement maternel associé, car la montée laiteuse est souvent retardée et les difficultés de positionnement du nouveau-né fréquentes, du fait de la douleur pariétale.

► Situations ne pouvant pas relever de l'HAD

- Collection nécessitant un drainage chirurgical.
- Douleur importante nécessitant une évaluation pluriquotidienne.
- Absence de reprise du transit intestinal.
- Fièvre inexplicée.

4.1.2 Soins de plaie périnéale

- Cicatrisation difficile (collection, inflammation, hématome, douleur).
- Désunion de cicatrice après abcès ou hématome.
- Thrombus vaginal traité.
- Périnée complet compliqué ou non.
- Difficultés sphinctériennes, notamment nécessité d'autosondage vésical.

4.1.3 Dépression du *post-partum*

► Situations pouvant relever de l'HAD

- Soutien à la sécurité médicale et psychique des femmes présentant un risque important de DPP (antécédents familiaux ou personnels de dépression, antécédents personnels d'anxiété *antepartum*, isolement, stress important lié entre autres à une pathologie du nouveau-né ou de la mère), dans le cadre d'un travail de partenariat autour de la famille.

⁵ Décret n°2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du Code de la santé publique - TITRE I^{er} - DROITS DES PERSONNES MALADES ET DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

- Soutien global (incluant la dimension émotionnelle) à des femmes présentant depuis la grossesse des signes dépressifs et/ou exprimant une inquiétude excessive sur leur capacité maternelle. Ces femmes font généralement déjà l'objet d'une attention particulière de la part des autres professionnels et services (sanitaires et sociaux) contribuant à la prise en charge de la dépression du *post-partum* : médecin généraliste ou spécialiste traitant, TISF, équipe de PMI, équipe de centres médico-psychologiques (CMP) de l'adulte ou infanto-juvénile, unité de psychiatrie périnatale, psychiatres ou psychologues libéraux, associations.

► **Situations ne pouvant pas relever de l'HAD**

Risque suicidaire ou d'infanticide identifié.

► **Recommandations sur les interventions à domicile**

En cas de symptômes dépressifs ou anxieux, un avis spécialisé sera demandé avant la sortie de la maternité auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre (soit celui qui suivait la patiente précédemment, soit celui de la maternité ou du réseau périnatal), et un suivi au long cours mis en place.

L'organisation de la prise en charge attentive aux besoins et ressources propres à cette famille sera déterminée par l'ensemble des partenaires, en étroite collaboration avec l'HAD.

Le recours au questionnaire EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) peut être un outil de repérage des signes dépressifs (cf. annexe 9). Il s'agit d'un autoquestionnaire, qui ne doit être proposé aux patientes que par des personnes formées à son utilisation, capables de commenter les réponses et d'obtenir rapidement un avis spécialisé si nécessaire.

En cas de nécessité de réhospitalisation, le retour à la maternité présente l'intérêt d'être dans un lieu non spécialisé, moins inquiétant que d'autres pour la plupart des mères. Il doit permettre une évaluation attentive s'appuyant sur la connaissance de la patiente par l'équipe de la maternité (incluant le psychologue) et permettant d'évaluer l'évolution du tableau clinique. Le recours à un avis psychiatrique doit être prévu rapidement, pour décider de la poursuite ou non de l'hospitalisation et, le cas échéant, du lieu le mieux adapté.

4.2 Mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale

Concomitamment à la mise en place du travail en réseau associant les institutions (en particulier la PMI) et les professionnels concernés, l'HAD en *post-partum* peut être mise en place chez les femmes en situation de vulnérabilité nécessitant la poursuite de la prise en charge médicale dans 2 cadres :

- lors de l'accompagnement initié pendant la grossesse,
- ou lors de la prise en charge en urgence d'une situation découverte à l'accouchement.

► **Situations pouvant relever de l'HAD**

- Age maternel inférieur à 18 ans.
- Femmes isolées sans soutien familial ni affectif (notamment patientes étrangères résidant depuis peu en France).
- Patientes dépendantes d'une drogue ou de l'alcool, en complément d'une prise en charge multidisciplinaire.
- Grossesse mal ou peu suivie.
- Difficultés socio-économiques et nécessité de soins médicaux (césarienne, épisiotomie, allaitement maternel débutant).
- Doute sur une fragilité psychologique ou une difficulté de l'établissement du lien mère-enfant.
- Patientes anorexiques.
- Patientes victimes de violence.
- Patientes anxieuses, présentant des antécédents familiaux de troubles de l'humeur.
- Patientes subissant des événements graves (décès de l'enfant ou d'un proche, séparation du couple).

En cas de nécessité de réhospitalisation, le retour à la maternité présente l'intérêt d'être dans un lieu non spécialisé, moins inquiétant que d'autres pour la plupart des mères. Il doit permettre une évaluation attentive s'appuyant sur la connaissance de la patiente par l'équipe de la maternité (incluant le psychologue) et permettant d'évaluer l'évolution du tableau clinique. Au-delà de l'expertise psychiatrique locale, un avis doit pouvoir être sollicité auprès d'un niveau de conseil et de ressource si nécessaire⁶.

4.3 Pathologies non spécifiques au *post-partum*

La prise en charge de ces pathologies dépendra du mode d'organisation de l'HAD et des ressources médicales et paramédicales disponibles, car ces patientes peuvent sortir du domaine de compétence des sages-femmes et nécessiter des soins par un médecin et/ou du personnel infirmier. Elles seront dans certaines structures d'HAD exclues du département « obstétrique » et prises en charge éventuellement en HAD « adulte » selon le type d'intervention nécessaire.

En fonction des ressources médicales et paramédicales disponibles et du mode d'organisation de l'HAD, les situations pathologiques suivantes peuvent être prises en charge :

- la pathologie thrombo-embolique récente ;
- le diabète insulino-dépendant mal équilibré ;
- les pathologies infectieuses après la phase aiguë (pyélonéphrite, endométrite) ;
- l'anémie sévère mais compatible avec un lever de la patiente (taux d'Hb entre 7 et 9 g/dl) ;
- l'HTA persistante après l'accouchement mais non préexistante à la grossesse, en cas de traitement d'équilibration en cours.

4.4 Situation pouvant relever de l'HAD en *post-partum* en l'absence d'offre de soins alternative : difficultés d'allaitement




Lorsque les autres modes organisationnels ne sont pas en mesure d'assurer la prise en charge (sage-femme libérale, réseau de périnatalité, sage-femme de PMI, associations, consultante en lactation...), l'HAD est un recours possible pour favoriser la poursuite de l'allaitement maternel des femmes souhaitant allaiter leur enfant et ayant au moins l'un des facteurs de risque suivants :


- âge maternel < 18 ans ;
- primiparité ;
- vulnérabilité ;
- antécédents de difficulté d'allaitement et de chirurgie mammaire ;
- grossesse multiple ;
- pathologie néonatale pouvant interférer avec l'allaitement (hypotrophie, prématurité modérée, fente labiale et/ou palatine...) ;
- difficultés à la mise en route de l'allaitement rencontrées lors de l'hospitalisation en maternité (séparation mère-enfant transitoire, montée de lait non encore faite, difficulté de positionnement, perte de poids supérieure à 10 % à J3...).

Un protocole de prise en charge est proposé et les complications materno-fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées (cf. annexe 8).

⁶ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006

Annexe 1. Fiche de demande d'admission *antepartum* pathologique – Projet thérapeutique

Maternité :		Fax :
SF HAD <i>antepartum</i> :		Fax :
Coordination HAD sur l'hôpital :		Fax :

Identification de la patiente :			
Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Adresse :	
Code :	Escalier :	Porte :	

Motif d'hospitalisation :	du	au	au terme de	SA
Pour :		Traitée par :		
Admission en HAD le :		au terme de :	SA	
Pour	HTA		Cholestase	
	Diabète		RCIU	
	Cerclage à SA		ATCD MFIU	
	Facteurs médico-psychosociaux		Autres :	

Prochains rendez-vous : avec	gynécologue-obstétricien
	échographiste
	anesthésiste
	autre :

Antécédents :			
Allergies :			
Médicaux :			
Chirurgicaux :			
Obstétricaux : FCS :		IVG :	
Addictions :			
1 ^e grossesse :	Acct. à	SA	Autres :
2 ^e grossesse :	Acct. à	SA	
3 ^e grossesse :	Acct. à	SA	

Grossesse actuelle :	Spontanée : Oui-Non	AMP : Stimulation – FIV – IAD – Autres :
Âge :	Gest. :	Parité :
Poids avant gros. :	DG estimé :	Placenta : normalement inséré – bas inséré – recouvrant
Poids actuel :		Utérus cicatriciel 1 – 2 – 3 – +
Taille :	AP :	Caryotype fœtal : Oui - Non

Sérologie	Date	Résultat		À refaire le	Groupe RH
RAI		+	-		
BW		+	-		Transfusion : oui – non
Toxo		+	-		
Rubéole		+	-		Rhophylac® : oui - non
HBS		+	-		
HIV 1 – 2		+	-		
Dépistage diabète gestationnel					
Prélèvement vaginal					

Résultats du dernier bilan hospitalier : adresser les photocopies

Résultats des échographies : adresser les photocopies

Examen de sortie le :

Terme :

SA

Hu :

Po :

Présentation : céphalique – siège – transverse

TA : D G

LA : normal – oligoamnios – hydramnios

Placenta : normalement inséré – bas inséré – recouvrant

TV :

Traitement de sortie :

Posologie :

Voie d'administration :

Durée :

Surveillance HAD :

Bilans demandés tous les ou /sem.

Prélèvements sanguins (à préciser) :

Fréquence :

Examens urinaires (à préciser) :

Fréquence :

TMF ou RCF tous les

ou /sem.

ou quotidien

Échographies tous les

ou /sem.

Référents à la maternité :

Docteur



Poste :

BIP :

SF GHR



Poste :

BIP :

SF salle de travail



Poste :

BIP :

Fax disponible en permanence :

Aspects psychologiques :

- Les raisons de l'HAD-OBSTÉTRIQUE ont-elles été signifiées à cette patiente : oui non
- Le psychologue de votre service a-t-il engagé une relation thérapeutique avec cette patiente : oui non
- si oui, vous pouvez transmettre le numéro de téléphone de notre psychologue : ... / ... /... /... / ...

Aspect social :

- Couverture sociale : oui non
- L'assistante sociale de votre service connaît-elle le dossier de cette patiente : oui non
- Composition familiale : Aides sociales :

Accord de la patiente :

CONFIDENTIALITÉ

Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro :

Annexe 2. Fiche de demande d'admission *post-partum* pathologique – Projet thérapeutique

Maternité :		Fax :
SF HAD <i>post-partum</i> :		Fax :
Coordination HAD sur l'hôpital :		Fax :
Identification de la patiente : Nom :		Prénom :
N° chambre :		
Date de naissance :	Code :	Adresse :
		Escalier :
		Porte :
Médecin traitant (généraliste ou spécialiste) :		

Geste :	Pare :	Rh :	RAI	VIH	Hépatite B ou C	Toxo
Allergie :						
ACTD obstétricaux :						
Accouchement le :	.../.../...		Terme :			
Motif d'HAD :						

Couverture sociale : oui - non	grossesse normale
Composition familiale :	pathologie grossesse
Aides sociales :	pathologie maternelle

Accouchement voie basse :	thrombus		
périnée intact	lésions avec soins particuliers		
épisiotomie ou déchirure simple	déchirure compliquée		
fils résorbables	périnée complet		
fils non résorbables	à retirer J ...		
	hématome		
	hémorroïdes invalidantes		
Délivrance	naturelle	hémorragique	transfusion à l'accouchement
	artificielle	révision utérine	anémie
ATB-thérapie en cours :			anticoagulants

Forceps pour :	Césarienne pour :
	cicatrice sans complications
	cicatrice avec complications

Sortie le .../.../... J ...	risque « <i>baby blues</i> »
Contraception :	relais PMI
Prise en charge spécifique :	problèmes sociaux - à préciser
Nom du référent :	

Nouveau-né :	Nom :	Prénom :	M	F
Poids de naissance (Pds N)			Poids de sortie (Pds S).....	
jumeaux	J1 Pds N :	Pds S.....	et J2 Pds N.....	Pds S.....
nourrisson en bonne santé		ictère	bilirubine	
		infection	germes	ATBT
Surveillance particulière :	anémie	traitement		
Allaitement :	sein	mixte	artificiel	difficultés allaitement
Tests dépistage :	fait	non fait		

Rendez-vous : **Accord de la patiente :**

CONFIDENTIALITÉ

Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro :

Annexe 3. Tableau récapitulatif des situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l'*antepartum*

Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD au cours de l' <i>antepartum</i>	
Pathologie maternelle pré-existante	Aggravation d'une HTA chronique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg), isolée (sans protéinurie), associée à un RCIU modéré (5-10 ^e percentile) et en l'absence d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite)
	Diabète préalable dont les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies supérieure à 1,50 g/l, celles-ci étant enregistrées pendant 7, 14 et 30 jours à partir d'un lecteur) si la patiente a bien compris les enjeux et en lien étroit avec le diabétologue
	Lupus et syndrome antiphospholipides
	Thrombophilie génétique en cas d'antécédent notable (MFIU) ou de complications lors de la grossesse en cours (RCIU)
	Pathologie psychiatrique (*)
Pathologie maternelle gravidique	Aggravation d'une HTA gravidique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) isolée (sans protéinurie), associée à un RCIU modéré (5-10 ^e percentile) et en l'absence d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite)
	Diabète gestationnel dont les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies supérieure à 1,50 g/l, celles-ci étant enregistrées pendant 7, 14 et 30 jours à partir d'un lecteur) si la patiente a bien compris les enjeux et en lien étroit avec le diabétologue. Facteurs de risque additionnels : obésité, HTA, RCIU, pathologie vasculaire placentaire
	Cholestase gravidique
Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux	Antécédent de mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU)
Facteurs de risque liés à la grossesse	Retard de croissance <i>in utero</i> modéré (5-10 ^e percentile)
Problèmes médico-psycho-sociaux (*)	—

(*) situation associée à une indication médicale

Annexe 4. Tableau récapitulatif des situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du *post-partum*

Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD au cours du <i>post-partum</i>	
Pathologies spécifiques au <i>post-partum</i>	<p>Soins post-césarienne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de cicatrisation, notamment en cas d'obésité, diabète, hématome de paroi, patiente multi-opérée, antécédent de désunion - Abscesses ou collection pariétale traités lors de l'hospitalisation et nécessitant une surveillance et des soins locaux - Allaitement maternel associé, car la montée laiteuse est souvent retardée et les difficultés de positionnement du nouveau-né fréquentes, du fait de la douleur pariétale
	<p>Soins de plaie périnéale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cicatrisation difficile (collection, inflammation, hématome, douleur) - Désunion de cicatrice après abcès ou hématome - Thrombus vaginal traité - Périnée complet compliqué ou non - Difficultés sphinctériennes, notamment nécessité d'autosondage vésical
	<p>Dépression du <i>post-partum</i></p>
Mères en situation de vulnérabilité (*)	-
Pathologies non spécifiques au <i>post-partum</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie thrombo-embolique récente - Diabète insulino-dépendant mal équilibré - Pathologies infectieuses après la phase aiguë (pyélonéphrite, endométrite) - Anémie sévère mais compatible avec un lever de la patiente (taux d'Hb entre 7 et 9 g/dl) - HTA persistante après l'accouchement mais non préexistante à la grossesse, en cas de traitement d'équilibration en cours

(*) situation associée à une indication médicale

Annexe 5. Tableau récapitulatif des situations particulières pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre de soins alternative

		Situations particulières pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre de soins alternative
ANTEPARTUM	Facteurs de risque liés à la grossesse	Menace d'accouchement prématuré
		<i>Placenta prævia</i> en situation stable
POST-PARTUM	Situation spécifique au <i>post-partum</i>	Difficultés d'allaitement avec au moins un facteur de risque (âge maternel < 18 ans, primiparité, vulnérabilité, grossesse multiple, antécédents de difficultés d'allaitement et de chirurgie mammaire, pathologie néonatale pouvant interférer...)

Annexe 6. Propositions de protocoles de suivi en HAD par situation pathologique au cours de l'*antepartum*

ALAT : alanine aminotransférase ; ASAT : aspartate aminotransférase ; HRP : hématome rétroplacentaire ; HTA : hypertension artérielle ; MFIU : mort fœtale *in utero* ; PAD : pression artérielle diastolique ; PAS : pression artérielle systolique ; RCF : rythme cardiaque fœtal ; RCIU : retard de croissance *in utero* ; SA : semaine d'aménorrhée

Pathologies maternelles préexistantes	
Aggravation d'une HTA chronique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) isolée (sans protéinurie), associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile) et en l'absence d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite)	
Fréquence des visites	- Plurihebdomadaire, au maximum quotidienne, en fonction de l'évaluation du professionnel se rendant à domicile et du matériel mis à disposition
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs épigastriques, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : poids, pression artérielle, œdème rapidement progressif, hauteur utérine - Protéinurie semi-quantitative (bandelette urinaire) - Enregistrement du RCF - Prélèvements sanguins hebdomadaires : numération globulaire, plaquettes, ASAT, ALAT - Protéinurie/24 heures si protéinurie positive à la bandelette urinaire - Vérification des résultats biologiques et d'éventuelles échographies supplémentaires
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux (précédemment énumérés) - HTA sévère (PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg) - Apparition d'une pré-éclampsie - Anomalies du RCF - Cassure de la courbe de croissance fœtale - Anomalie du Doppler ombilical

Diabète préalable dont les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies supérieure à 1,50 g/l, celles-ci étant enregistrées pendant 7, 14 et 30 jours à partir d'un lecteur) si la patiente a bien compris les enjeux et en lien étroit avec le diabétologue	
Fréquence des visites	Pluri hebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : vomissements, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : pression artérielle, hauteur utérine - Vérification de l'atteinte des objectifs glycémiques et des glycémies moyennes chez les patientes munies d'un lecteur à mémoire - Enregistrement du RCF à partir de 32 SA - Bandelette urinaire : cétonurie en cas de glycémie > 2,00 g/l - Prélèvements sanguins hebdomadaires : aucun - Cétonurie si glycémie capillaire > 2,00 g/l, ou en cas de fièvre ou de vomissements
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux (précédemment énumérés) - Apparition d'une HTA - Glycémies moyennes > 1,50 g/l - Anomalies du RCF - Cétonurie associée à une glycosurie en cas de glycémie > 2,00 g/l

Lupus et syndrome des antiphospholipides	
Fréquence des visites	Pluri hebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs épigastriques, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : pression artérielle, signes cliniques de thrombose veineuse profonde, œdème rapidement progressif, hauteur utérine - Protéinurie semi-quantitative (bandelette urinaire) - Enregistrement du RCF à partir de 32-34 SA en l'absence de complications (accord d'experts) ; suivi intensifié (jusqu'à un RCF par jour) en cas de facteurs de risque additionnels (accord d'experts) tels que des antécédents notables (MFIU, pré-éclampsie), néphropathie, présence d'anticorps anti-phospholipides, anomalies de la grossesse en cours (RCIU) - Prélèvements sanguins, selon prescription médicale - Contrôle des résultats échographiques et des examens sanguins - Vérification des résultats d'éventuelles échographies supplémentaires
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux - HTA sévère (PAS \geq 160 mmHg et/ou PAD \geq 110 mmHg) - Apparition d'une pré-éclampsie - Anomalies du RCF - Cassure de la courbe de croissance fœtale - Anomalie du Doppler ombilical

Thrombophilie génétique en cas d'antécédent notable (MFIU) ou de complications lors de la grossesse en cours (RCIU)	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche des signes cliniques de thrombose veineuse - Vérification du port de la contention élastique graduée - En cas de traitement anticoagulant : <ul style="list-style-type: none"> ▪ contrôle de l'efficacité d'un traitement curatif (activité anti-Xa) selon prescriptions ▪ contrôle de la tolérance (numération globulaire, plaquettes), selon prescriptions
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux - Diminution des mouvements actifs fœtaux - Apparition d'une HTA - Anomalies du RCF - Suspicion de thrombose veineuse

Pathologies maternelles gravidiques	
Aggravation d'une HTA gravidique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) isolée (sans protéinurie), associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile) et en l'absence d'antécédents notables (MFIU, HRP, éclampsie, prématurité induite)	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire, au maximum quotidienne, en fonction de l'évaluation du professionnel se rendant à domicile et du matériel mis à disposition
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs épigastriques, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : poids, pression artérielle, œdème rapidement progressif, hauteur utérine - Protéinurie semi-quantitative (bandelette urinaire) - Enregistrement du RCF - Prélèvements sanguins hebdomadaires : numération globulaire, plaquettes, ASAT, ALAT - Protéinurie/24 heures si protéinurie positive à la bandelette urinaire - Vérification des résultats biologiques et d'éventuelles échographies supplémentaires
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux (précédemment énumérés) - HTA sévère (PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg) - Apparition d'une pré-éclampsie - Anomalies du RCF - Cassure de la courbe de croissance fœtale - Anomalie du Doppler ombilical

Diabète gestationnel dont les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies supérieure à 1,50 g/l, celles-ci étant enregistrées pendant 7, 14 et 30 jours à partir d'un lecteur) si la patiente a bien compris les enjeux et en lien étroit avec le diabétologue <u>Facteurs de risque additionnels</u> : obésité, HTA, RCIU, pathologie vasculaire placentaire	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : vomissements, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : pression artérielle, hauteur utérine - Vérification de l'atteinte des objectifs glycémiques et des glycémies moyennes chez les patientes munies d'un lecteur à mémoire - Pas d'enregistrement du RCF sauf en présence de facteurs de risque additionnels : obésité, HTA, RCIU, pathologie vasculaire placentaire - Bandelette urinaire : cétonurie en cas de glycémie > 2,00 g/l - Prélèvements sanguins hebdomadaires : aucun - Cétonurie si glycémie capillaire > 2,00 g/l, ou en cas de fièvre ou de vomissements.
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux (précédemment énumérés) - Apparition d'une HTA - Glycémies moyennes > 1,50 g/l - Anomalies du RCF - Cétonurie associée à une glycosurie en cas de glycémie > 2,00 g/l

Cholestase gravidique	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs abdominales, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : pression artérielle - Protéinurie semi-quantitative (bandelette urinaire) - Enregistrement du RCF - Prélèvements sanguins hebdomadaires : ASAT, ALAT, acides biliaires à jeun - Contrôle des résultats d'échographie - Vérification des résultats d'éventuelles échographies supplémentaires
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux - Diminution des mouvements actifs fœtaux - Apparition d'une HTA - Anomalies du RCF

Facteur de risque lié aux antécédents obstétricaux	
Antécédent de mort fœtale in utero	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire voire quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : contractions utérines, métrorragies, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : pression artérielle, hauteur utérine - Enregistrement du RCF dont la fréquence est laissée à l'appréciation du prescripteur - Prélèvements sanguins : aucun
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux - Diminution des mouvements actifs fœtaux - Apparition d'une HTA - Anomalies du RCF

Facteur de risque lié à la grossesse	
Retard de croissance <i>in utero</i> modéré (5-10^{ème} percentile)	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : contractions utérines, métrorragies, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : pression artérielle, hauteur utérine - Enregistrements du RCF selon prescription - Prélèvements sanguins : aucun - Vérification des résultats d'éventuelles échographies supplémentaires
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux - Diminution des mouvements actifs fœtaux - Apparition d'une HTA - Anomalies du RCF - Cassure de la courbe de croissance fœtale - Anomalie du Doppler

Annexe 7. Propositions de protocoles de suivi en HAD par situation pathologique au cours du *post-partum*

Soins post-césarienne	
Fréquence des visites	Pluri-hebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'une fièvre maternelle - Soins locaux de paroi et conseils d'hygiène - Examen clinique à la recherche d'une complication thrombo-embolique - Conseils de positionnement du nouveau-né pour limiter les douleurs et accompagnement de l'allaitement maternel le cas échéant - Injections éventuelles d'anticoagulant sur prescription - Conseils de puériculture, surveillance clinique notamment pondérale du nouveau-né
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Fièvre maternelle - Complication pariétale nécessitant un avis chirurgical - Suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire

Soins de plaie périnéale	
Fréquence des visites	Quotidienne
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Soins locaux (désinfection, irrigation) - Évaluation et traitement de la douleur - Dépistage des complications infectieuses, hémorragiques et thrombotiques - Conseils d'hygiène - Traitement d'une éventuelle constipation associée <p>Conseils de puériculture, surveillance clinique notamment pondérale du nouveau-né</p>
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	Complications nécessitant un avis chirurgical

Dépression du <i>post-partum</i>	
Fréquence des visites	Pluri-hebdomadaire, éventuellement en parallèle avec les autres interventions à domicile (TISF, unité mobile de psychiatrie périnatale, PMI...) et en cas de besoin, pendant une durée prolongée afin d'assurer le relais de la prise en charge dans des conditions optimales
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier la personne ressource que les professionnels venant à domicile peuvent contacter en cas de besoin - Soutien, par l'écoute et la disponibilité, aux capacités maternelles et paternelles - Encouragement bienveillant à la reconnaissance des possibilités et des limites dans les soins au bébé et dans la rencontre avec le bébé - Aide et conseils pour les soins d'hygiène - Évaluation de la qualité de la relation mère-enfant - Vigilance concernant l'évolution du tableau clinique pour orienter si nécessaire vers le service spécialisé en charge ou disponible pour la patiente (inscription dans le dossier du référent « psy » et du mode d'hospitalisation envisagé si nécessaire) - Instaurer ou favoriser un travail de réseau avec les acteurs de proximité (PMI, professionnels hospitaliers ou de ville...)
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	En fonction du degré de gravité de la décompensation psychiatrique, une hospitalisation en milieu psychiatrique pourra être indiquée.

Pathologies non spécifiques au *post-partum* (liste non exhaustive)

- Pathologie thrombo-embolique récente
- Diabète insulino-dépendant mal équilibré
- Pathologies infectieuses après la phase aiguë (pyélonéphrite, endométrite)
- Anémie sévère mais compatible avec un lever de la patiente (taux d'Hb entre 7 et 9 g/dl)
- HTA persistante après l'accouchement mais non préexistante à la grossesse, en cas de traitement d'équilibration en cours

Fréquence des visites	Plurihebdomadaire le plus souvent
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none">- Examen clinique à la recherche de complications de la pathologie- Prélèvements sanguins ou autres sur prescription- Vérification de la prise du traitement éventuellement prescrit- Discussion d'une contraception compatible avec la pathologie
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	Aggravation de la pathologie justifiant l'HAD

Annexe 8. Propositions de protocoles de suivi par situation pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre alternative de soins

Lorsque les autres modes organisationnels ne sont pas en mesure d'assurer la prise en charge (sage-femme libérale, réseau de périnatalité, sage-femme de PMI, associations, consultante en lactation...), l'HAD est un recours possible pour favoriser la poursuite de l'allaitement maternel des femmes souhaitant allaiter leur enfant et ayant au moins l'un des facteurs de risque suivants :

- âge maternel < 18 ans ;
- primiparité ;
- vulnérabilité ;
- antécédents de difficulté d'allaitement et de chirurgie mammaire ;
- grossesse multiple ;
- pathologie néonatale pouvant interférer avec l'allaitement (hypotrophie, prématurité modérée, fente labiale et/ou palatine...) ;
- difficultés à la mise en route de l'allaitement rencontrées lors de l'hospitalisation en maternité (séparation mère-enfant transitoire, montée de lait non encore faite, difficulté de positionnement, perte de poids supérieure à 10 % à J3...).

Facteurs de risque liés à la grossesse	
Menace d'accouchement prématuré	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : contractions utérines, métrorragies, écoulement de liquide amniotique, diminution des mouvements actifs fœtaux - Examen clinique : pression artérielle - Prélèvements sanguins : aucun - Prélèvements vaginaux : aucun
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux (précédemment cités) - Rupture prématurée des membranes

Placenta prævia en situation stable	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : contractions utérines, métrorragies, écoulement de liquide amniotique, diminution des mouvements actifs fœtaux - Prélèvements sanguins hebdomadaires : aucun - Échographie : aucune
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes anormaux - Une récurrence hémorragique impose le retour en maternité sans exclure la poursuite de l'HAD (accord d'experts). - Rupture prématurée des membranes

Situations spécifiques au <i>post-partum</i>	
Difficultés d'allaitement avec au moins un facteur de risque (âge maternel < 18 ans, primiparité, vulnérabilité, grossesse multiple, antécédents de difficultés d'allaitement et de chirurgie mammaire, pathologie néonatale pouvant interférer...)	
Fréquence des visites	Quotidienne pendant la montée laiteuse puis plus espacée
Contenu des visites	<ul style="list-style-type: none"> - Observation de la tétée pour vérifier la qualité du transfert de lait chez l'enfant en apprenant à la mère à reconnaître ces signes - Accompagnement à l'installation de la mère et au bon positionnement du nouveau-né - Conseils pour favoriser la lactation - Explications et conseils pour le fonctionnement d'un tire-lait, et éventuellement la conservation du lait maternel - Entretien avec la mère en insistant sur l'acquisition de la confiance en soi, la réassurance en évitant les pesées répétées du nourrisson, anxiogènes et inutiles en dehors d'une prescription médicale, mais en privilégiant la recherche des signes d'allaitement insuffisant (selles, urines, pleurs) - Cohérence avec d'éventuels autres intervenants dans le projet d'allaitement, et discussion sur l'adaptation à la reprise éventuelle de l'activité professionnelle de la mère - Massages et traitement d'un engorgement si nécessaire - Surveillance clinique et notamment pondérale de l'enfant
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	Complication mammaire nécessitant un avis chirurgical

Annexe 9. Questionnaire d'évaluation d'un état dépressif : **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

selon Cox JL et al. (1987)⁷, traduite en français et validée par Guédeney N (1995)⁸.

NOM :

PRÉNOM :

DATE :

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple : Je me suis sentie heureuse.

- Oui, tout le temps.
- Oui, la plupart du temps.
- Non, pas très souvent.
- Non, pas du tout.

Ceci signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- Aussi souvent que d'habitude.
- Pas tout à fait autant.
- Vraiment moins souvent ces jours-ci.
- Absolument pas.

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir.

- Autant que d'habitude.
- Plutôt moins que d'habitude.
- Vraiment moins que d'habitude.
- Pratiquement pas.

3. Je me suis reproché, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal.

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, parfois.
- Pas très souvent.
- Non, jamais.

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

- Non, pas du tout.
- Presque jamais.
- Oui, parfois.
- Oui, très souvent.

⁷ Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987 ; 150:782-786

⁸ Guédeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburg postnatal depression scale sur une population parisienne. *Devenir* 1995 ; 7:69-92

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.

- Oui, vraiment souvent.
- Oui, parfois.
- Non, parfois.
- Oui, très souvent.

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, parfois.
- Pas très souvent.
- Non, pas du tout.

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, très souvent.
- Seulement de temps en temps.
- Non, jamais.

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.

- Oui, la plupart du temps.
- Oui, très souvent.
- Seulement de temps en temps.
- Non, jamais.

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

- Oui, très souvent.
- Parfois.
- Presque jamais.
- Jamais.

Participants

Les déclarations d'intérêts de l'ensemble des participants sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association des mamans diabétiques
- Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)
- Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)
- Association nationale des sages-femmes cadres (ANSFC)
- Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)
- Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT)
- Collège français d'échographie fœtale
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF)
- Collège national des sages-femmes (CNSF)
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
- L'Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie (Audipog)
- Réseau sécurité naissance
- Société française de néonatalogie (SFN)
- Société française de pédiatrie (SFP)
- Société Marcé Francophone (SMF)
- Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (Syngof)
- Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF)

Groupe de pilotage

Pr Dominique Cabrol, gynécologue-obstétricien, Paris – président du groupe de pilotage

Dr Véronique Lejeune, gynécologue-obstétricien, Paris – chargée de projet

Pr Jacques Lepercq gynécologue-obstétricien, Paris – chargé de projet

Mme Karine Petitprez, Saint-Denis - chef de projet HAS

Dr Catherine Anguill, gynécologue-obstétricien,
La Rochelle

Mme Nicole Berlo-Dupont, sage-femme, Paris

Dr Michèle Dubois, pédiatre, Paris

Dr Brigitte Escourrou, médecin généraliste,
Le Fossat

Mme Martine Le Deist, sage-femme, Toulouse

Mme Laurence Lebedinsky-Pollet, sage-femme,
Paris

Dr Jean-Claude Semet, pédiatre, Foix

Groupe de cotation

Mme Béatrice Baby, sage-femme cadre
supérieur, Beauvais

Mme Anne Battut, sage-femme libérale, Paris

Dr André Benbassa, gynécologue-obstétricien,
Biviers

Mlle Lydie Berger, sage-femme, Vandœuvre-les-
Nancy

Dr Thierry Brillac, médecin généraliste, Toulouse

Dr François-Marie Caron, pédiatre, Amiens

M. Sébastien Colson, infirmier puériculteur,
Marseille

Dr César Dalloul, pédiatre, Chambray-lès-Tours

Pr Philippe Deruelle, gynécologue-obstétricien,
Lille

Mme Brigitte Dubois-Pierron, sage-femme,
Gentilly

Dr Michel Dugnat, pédopsychiatre, Marseille

Mme Marie-Christine Eustache-Nauleau,
représentante d'usagers – Collectif Interassociatif
Autour de la Naissance, La Meilleraye-de-
Bretagne

Dr Céline Labalette, représentante d'usagers,
Noisy-le-Sec

Dr Bernard Maria, gynécologue-obstétricien,
Villeneuve-Saint-Georges

Groupe de lecture

Mme Julie Ashorgbor, assistante sociale, Paris
M. François Bérard, délégué national de la FNEHAD, Paris

Mme Delphine Callot, représentante d'usagers, Le Plessis-Robinson

Dr Laurent Clerte, gynécologue-obstétricien, Nice

Mme Annie Caubisens, sage-femme, Toulouse

Dr Laure Connan, gynécologue-obstétricien, Toulouse

Mme Catherine De Metz, sage-femme, Gien

Mme Marie-Thérèse Delbergue, infirmière, Nancy

Mme Cécile Di Santolo, médecin coordinateur en HAD, Vandœuvre-lès-Nancy

Mme Sophie Flandin-Cretinon, sage-femme enseignante, Suresnes

Dr Marie-Françoise Froute, pédiatre, Talence

Mme Édith Gatbois, pédiatre – responsable du pôle mère-enfant de l'HAD AP-HP, Paris

Dr Nicole Garret, pédopsychiatre, Nantes

Mme Élisabeth Gasq, cadre paramédical du pôle mère-enfant, Paris

Dr Catherine Isserlis, pédopsychiatre, Le Chesnay

Mme Sophie Le Cornec, sage-femme, Talence

Mlle Frédérique Lalier, sage-femme cadre supérieur, Bourges

Mme Maï Le Du, sage-femme, Sablé-sur-Sarthe

Dr Rose Nguyen, gynécologue-obstétricien, Évry

Dr Elisabeth Paganelli, gynécologue médical, Tours

Mme Emmanuelle Phan-Laffont, représentante d'usagers – Collectif Interassociatif Autour de la Naissance, Liré

Pr François Poinso, pédopsychiatre, Marseille

Mme Catherine Poret, sage-femme, Puteaux

Dr Yahn Rouquet, gynécologue-obstétricien, Vitry-sur-Seine

Dr Marc-Alain Rozan, gynécologue-obstétricien, Aubervilliers

Pr Paul Sagot, gynécologue-obstétricien, Dijon

Dr Catherine Salinier, pédiatre, Gradignan

M. Laurent Salomon, échographiste, Paris

Dr Sophie Siegrist, médecin généraliste, Le-Ban-Saint-Martin

Dr Anne-Laure Sutter-Dallax, pédopsychiatre, Bordeaux

Dr Marie-Claire Tuel, pédiatre, Brive

Mme Nathalie Vogin, infirmière, Villers-lès-Nancy

Mme Denise Zimmermann, sage-femme, Vandœuvre-lès-Nancy

Fiche descriptive

TITRE	Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'<i>ante</i> et du <i>post-partum</i>
Méthode de travail	Consensus formalisé
Date de mise en ligne	2011
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Optimiser la prise en charge de la femme et de son enfant dans le cadre d'une HAD par la définition : <ul style="list-style-type: none"> • des situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l'<i>ante</i> et du <i>post-partum</i> ; • des aspects organisationnels de l'HAD permettant de favoriser la coordination entre les différents intervenants ; • de protocoles de prise en charge ; • des complications materno-fœtales indiquant un retour en maternité.
Professionnel(s) concerné(s)	Prescripteurs et coordonnateurs d'HAD, intervenants à domicile : sages-femmes, infirmier(e)s, puéricultrices, médecins généraliste ou spécialistes (pédiatres, psychiatres), psychologues, diététicien(ne)s, travailleurs sociaux...
Demandeurs	Direction générale de l'offre de Soins (DGOS) et Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques Professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Mme Karine Petitprez, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles (Dr Michel Laurence, chef de service) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail Recherche documentaire : M. Aurélien Danscoine avec l'aide de Mme Laurence Frigère Chef du service de documentation : Mme Frédérique Pagès
Participants	Sociétés savantes, groupe de pilotage (président : Pr Dominique Cabrol, gynécologue-obstétricien, Port-Royal, Paris) ; groupe de cotation, groupe de lecture : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres des groupes de pilotage et de cotation ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées en fonction du thème. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Recherche documentaire	De janvier 2000 à février 2010 ; pour certaines questions, la recherche a été élargie (cf. stratégie de recherche documentaire dans l'argumentaire).
Auteurs de l'argumentaire	Pr Jacques Lepercq, gynécologue-obstétricien, Saint-Vincent-de-Paul, Paris et Dr Véronique Lejeune, gynécologue-obstétricien, Necker, Paris avec la contribution des membres du groupe de pilotage.
Validation	Validation par le Collège de la HAS en avril 2011
Autres formats	Argumentaire scientifique et la fiche de synthèse, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Actualisation	Actualisation à envisager dans 5 ans.