

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

Avril 2011

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

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

Pathologie maternelle préexistante 

Pathologie maternelle gravidique 

Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux 

Facteurs de risque liés à la grossesse 

Problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale 

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

Pathologies spécifiques au *post-partum* 

Mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale 

Pathologies non spécifiques au *post-partum* 

### Situations pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre de soins alternative



Définition et réglementation



Modalités d'admission (hôpital-HAD) et acteurs



Modalités de mutation (HAD-hôpital)



Organisation pratique



Conditions générales d'acceptation en HAD

## 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, etc.

**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'article 1<sup>er</sup> 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.**



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 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.

Cette prescription est faite en *antepartum* à la suite d'une hospitalisation de court ou moyen séjour, d'une consultation hospitalière ou d'un passage aux urgences, et/ou en *post-partum* depuis l'établissement où a eu lieu l'accouchement.

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 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.

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.

Les fiches de demande d'admission en HAD permettent la transmission de données essentielles à une bonne continuité de prise en charge (**modèle de fiche d'admission en ante-partum / modèle de fiche d'admission en post-partum**). 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, etc.) ;
- 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*).



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).





Hypertension artérielle  
préalable à la grossesse



Diabète préalable  
à la grossesse



Lupus et syndrome  
des antiphospholipides



Thrombophilies  
génétiques



Pathologie psychiatrique  
associée à une indication médicale

### 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<sup>e</sup> 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 ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 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).

**Consulter le protocole de prise en charge.**

### 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 (consulter le protocole de prise en charge) :

- 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).



Femmes atteintes de lupus ou syndrome des antiphospholipides.

### **Recommandations sur les interventions à domicile (consulter le protocole de prise en charge) :**

- 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).

### **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.

Les spécificités du dépistage et de la prévention des complications thrombo-emboliques veineuses sont précisées dans le protocole. **Consulter le protocole de prise en charge.**

### **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 extra-hospitalier 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)<sup>1</sup>.

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.







HTA gravidique



Diabète gestationnel



Cholestase gravidique

## 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 (5-10e 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**.

Les situations ne relevant pas de l'HAD en cas d'HTA chronique sont les mêmes qu'en cas d'HTA préexistante. **Consulter le protocole de prise en charge.**

## 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. **Consulter le protocole de prise en charge.**

**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).

## 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). **Consulter le protocole de prise en charge.**





## Relève d'une HAD

Antécédents de mort  
fœtale *in utero*

## Ne relèvent pas d'une HAD

Antécédents  
de prématuritéAntécédents d'hématome  
rétroplacentaireAntécédents de mort fœtale *in utero*

En cas d'antécédent de mort fœtale *in utero* (MFIU) inexplicquée, une prise en charge en HAD peut être indiquée (accord d'experts). **Consulter le protocole de prise en charge.**

## 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).

## 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).





## Relève d'une HAD



Retard de croissance  
intra utérin

## Ne relèvent pas d'une HAD



Grossesses  
multiples



Rupture prématurée  
des membranes

### Retard de croissance intra utérin

Le RCIU modéré (5-10e 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). **Consulter le protocole de prise en charge.**

#### 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).

### Grossesses multiples

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

### 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).





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 périnatalité<sup>2</sup>, et circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité<sup>3</sup>).

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.

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

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





Soins  
post-césarienne



Soins de plaie  
périnéale



Dépression  
du *post-partum*

Certaines situations pathologiques 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, etc.) 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<sup>e</sup> 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 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.

En cas de réhospitalisation de la mère, les dispositions réglementaires suivantes (article R. 1112-2)<sup>4</sup> 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 ».





### Situations pouvant relever de l'HAD :

- difficultés de cicatrisation, notamment en cas d'obésité, diabète, hématome de paroi, patiente multi-opérée, antécédent de désunion ;
- abcès 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.

**Consulter le protocole de prise en charge.**



- 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.

**Consulter le protocole de prise en charge.**



### 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 ;
- 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.



## Situation 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. 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.

**Consulter le protocole de prise en charge.**





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 ;
- lors de la prise en charge en urgence d'une situation découverte à l'accouchement.

#### Situations pouvant relever de l'HAD :

- âge 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 multi-disciplinaire ;
- 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 nécessaire<sup>5</sup>.







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.





En antepartum



En post-partum

En antepartum



### 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). **Consulter le protocole de prise en charge.**

### Recommandations sur les interventions à domicile

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

### *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). **Consulter le protocole de prise en charge.**

En post-partum



### 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, etc.), 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, etc.) ;
- 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, etc.).

Un protocole de prise en charge est proposé et les complications materno-fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées. **Consulter le protocole de prise en charge.**



La recommandation de bonne pratique  
est consultable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

