



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 »

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

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 en annexes 1 et 2. Elle est précisément décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

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

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.

Les recommandations et leur synthèse sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

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

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en avril 2011.

© Haute Autorité de Santé – 2011

Sommaire

Abréviations	5
Argumentaire	6
1 Introduction	6
1.1 Définition et réglementation.....	6
1.2 Données démographiques et qualitatives : activité des établissements d'HAD en obstétrique	7
1.3 Thème et objectifs de ce travail.....	8
1.4 Liste des questions abordées.....	8
1.5 Limites	8
1.6 Place de l'HAD dans l'offre de soins locale.....	8
1.7 Professionnels de santé concernés	9
1.7.1 Intervenants à domicile.....	9
1.7.2 Rôle du médecin traitant (généraliste ou spécialiste).....	11
1.8 Ressources et charge de soins pouvant relever de l'HAD.....	11
2 Modalités générales d'organisation et d'acceptation en HAD	12
2.1 Modalités d'admission (hôpital-HAD) et acteurs	12
2.2 Modalités de mutation (HAD-hôpital)	12
2.3 Organisation pratique	13
2.4 Propositions de recommandations sur les conditions générales d'acceptation en HAD.....	14
2.5 Satisfaction des femmes	14
3 Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD en <i>antepartum</i>	15
3.1 Pathologie maternelle préexistante	16
3.1.1 Hypertension artérielle (HTA) préalable à la grossesse.....	16
3.1.2 Diabète préalable à la grossesse	17
3.1.3 Lupus et syndrome des antiphospholipides	18
3.1.4 Thrombophilies génétiques	19
3.1.5 Pathologie psychiatrique associée à une indication médicale	19
3.2 Pathologie maternelle gravidique	20
3.2.1 HTA gravidique	20
3.2.2 Diabète gestationnel.....	21
3.2.3 Cholestase gravidique	21
3.3 Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux	22
3.3.1 Antécédent de prématurité	22
3.3.2 Antécédent de mort fœtale <i>in utero</i>	25
3.3.3 Antécédent d'hématome rétroplacentaire (HRP)	26
3.4 Facteurs de risque liés à la grossesse	27
3.4.1 Grossesses multiples	27
3.4.2 Retard de croissance <i>in utero</i>	29
3.4.3 Rupture prématurée des membranes	30
3.5 Problèmes médico-psychosociaux associés à une indication médicale.....	31
3.6 Situations pouvant relever de l'HAD en <i>antepartum</i> en l'absence d'offre alternative de soins.....	32
3.6.1 Menace d'accouchement prématuré	32
3.6.2 <i>Placenta praevia</i>	33
4 Situations pathologiques pouvant relever d'une HAD en <i>post-partum</i>	33
4.1 Pathologies spécifiques au <i>post-partum</i>	34
4.1.1 Soins post-césarienne	34
4.1.2 Soins de plaie périnéale	35
4.1.3 Dépression du <i>post-partum</i>	35
4.2 Mères en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale.....	39
4.2.1 Patientes avec conduites addictives.....	40

4.2.2	Adolescentes	40
4.2.3	Conclusion sur l'HAD des femmes en situation de vulnérabilité	41
4.3	Pathologies non spécifiques au <i>post-partum</i>	42
4.4	Situation pouvant relever de l'HAD en <i>post-partum</i> en l'absence d'offre alternative de soins : difficultés d'allaitement.....	42
Annexe 1. Méthode de travail.....		46
Annexe 2. Recherche documentaire.....		49
Annexe 3. Fiche de demande d'admission <i>antepartum</i> pathologique – Projet thérapeutique		53
Annexe 4. Fiche de demande d'admission <i>post-partum</i> pathologique – Projet thérapeutique		55
Annexe 5. Tableau récapitulatif des situations pathologiques pouvant relever d'une HAD au cours de l' <i>antepartum</i>.....		56
Annexe 6. Tableau récapitulatif des situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du <i>post-partum</i>.....		57
Annexe 7. Tableau récapitulatif des situations pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre de soins alternative		58
Annexe 8. Propositions de protocoles de suivi par situation pathologique pouvant relever d'une HAD au cours de l' <i>antepartum</i>		59
Annexe 9. Propositions de protocoles de suivi par situation pathologique pouvant relever d'une HAD au cours du <i>post-partum</i>.....		63
Annexe 10. Propositions de protocoles de suivi par situation pouvant relever d'une HAD en l'absence d'offre alternative de soins		65
Annexe 11. Questionnaire d'évaluation d'un état dépressif : <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS)		67
Annexe 12. Résultats des cotations individuelles du groupe de cotation (1^{er} tour).....		69
Références bibliographiques		83
Participants		88
Fiche descriptive.....		90

Abréviations

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

ACOG	<i>American college of gynaecologists</i>
ALAT	alanine aminotransférase
ASAT	aspartate amino transférase
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
DPP	dépression du <i>post-partum</i>
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
HAD	hospitalisation à domicile
HBPM	héparine de bas poids moléculaire
HELLP	<i>Haemolysis elevated liver enzyme low platelet count</i>
HTA	hypertension artérielle
IC	intervalle de confiance
MCBA	monochoriale biamniotique
MCMA	monochoriale monoamniotique
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>
RCOG	<i>Royal college of gynaecologists</i>
RR	risque relatif
SA	semaine d'aménorrhée
SAPL	syndrome des antiphospholipides
SG	semaine de gestation
TISF	technicienne en intervention sociale et familiale
UHME	unité d'hospitalisation mère-enfant

Argumentaire

1 Introduction

1.1 Définition et réglementation

Aux termes de l'article L. 6125-2 du Code de la santé publique¹, 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'HAD est proposée sur prescription médicale pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

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

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 en termes de sécurité et de qualité des soins, de certification par la HAS, de continuité des soins 24 heures sur 24, de lutte contre les infections nosocomiales...

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. 6122-1² (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 légalisée pour les établissements d'HAD publics et confirmée 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.

¹ Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 4](#)

² Article L 6122-1, modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 9 \(V\)](#)

1.2 Données démographiques et qualitatives : activité des établissements d'HAD en obstétrique

Les données suivantes sont issues du rapport d'activité de la FNEHAD publié en juillet 2010 (1).

Quatre patients sur 10 pris en charge en HAD ont entre 25 et 39 ans et dans cette tranche d'âge, on retrouve essentiellement des femmes (85,5 %) pour des modes de prise en charge concernant des soins de périnatalité.

En termes de séjours sur l'année 2009, ce sont les soins de périnatalité qui arrivent en première position avec 23,53 % des séjours dont 45 % pour le seul suivi des *post-partum* pathologiques (soit 10,29 % des séjours). Les autres soins concernent la surveillance des grossesses à risque (2,62 %), le suivi en *post-partum* physiologique (6,38 %) et la prise en charge du nouveau-né (4,24 %).

Alors que l'activité des établissements d'HAD a augmenté en moyenne, que ce soit en séjours ou en journées, cela se traduit de manière différente selon les modes de prise en charge : le tableau 1 témoigne en effet d'une baisse de l'activité concernant le *post-partum* physiologique, et d'une forte hausse des suivis de *post-partum* pathologique et de surveillance de grossesses à risque.

Tableau 1. Répartition des journées et des séjours HAD par mode de prise en charge principal en obstétrique en 2008 et 2009 (1)

Mode de prise en charge principal	Nombre de journées 2008	Nombre de journées 2009	Évol 08/09 (%)	Nombre de séjours 2008	Nombre de séjours 2009	Évol 08/09 (%)
Surveillance de grossesse à risque	65 665	80 990	23,34	2 914	3 652	25,33
<i>Post-partum</i> physiologique	37 698	35 822	-4,98	8 996	8 900	-1,07
<i>Post-partum</i> pathologique	67 055	84 469	25,97	11 066	14 351	29,69
Prise en charge du nouveau-né	27 923	31433	12,57	5 571	5 910	6,09

Les soins de *post-partum* (physiologique ou pathologique) et de prise en charge du nouveau-né sont de courte durée (moins de 6 jours). La durée moyenne de séjour pour la surveillance d'une grossesse à risque est de 22 jours.

L'HAD intervient dans l'*antepartum* pour les grossesses pathologiques qui peuvent bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, mais celle-ci reste nécessaire dès que la pathologie est lourde. Certaines pathologies obstétricales peuvent être prises en charge dans l'environnement familial de la femme et ne justifient pas toujours une hospitalisation conventionnelle avec une surveillance plurijournalière. Cela implique des moyens en particulier de télémonitoring que seule peut mobiliser l'HAD.

En *post-partum* pathologique, la pathologie maternelle peut être insuffisamment sévère pour justifier son maintien en hospitalisation, mais suffisante pour justifier l'accompagnement par une sage-femme, mais aussi l'intervention d'une infirmière pour des soins (complication pariétale post-césarienne ou une complication d'épisiotomie). La prise en charge des pathologies maternelles pouvant relever de l'HAD se justifie d'autant qu'elles sont associées à des difficultés psychologiques et/ou sociales.

La prise en charge à domicile des femmes et de leur enfant est assurée en tenant compte des dispositifs de prise en charge existants et sur la base d'une définition des rôles de chaque intervenant, établissements de santé y compris psychiatriques, HAD, réseaux de périnatalité, professionnels de santé libéraux et structures de PMI : l'HAD est un des maillons de cette prise en charge.

1.3 Thème et objectifs de ce travail

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 de l'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 :
 - a. de limiter le recours aux consultations d'urgence après la sortie de la maternité,
 - b. d'éviter une réhospitalisation de la femme enceinte ou de la mère et de son nouveau-né,
 - c. de raccourcir une hospitalisation de la femme enceinte ou de la mère et de son nouveau-né.

1.4 Liste des questions abordées

Dans la phase préparatoire de ce travail, le groupe de pilotage a délimité le thème à traiter et l'a décliné en une série de questions à la fois pour l'*ante* et le *post-partum* :

4. Quelles sont les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD ?
5. Quelles sont les conditions d'acceptation en HAD ?
6. Quelles sont les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité ?
7. 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 ?

1.5 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'efficacité 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. Cela 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.

Ce travail n'a pas pour objectif de comparer la prise en charge en HAD aux autres modes de prise en charge alternatifs à l'HAD en périnatalité.

1.6 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, médecins généralistes) 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 périnatalité³ 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.

1.7 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, intervenants à domicile, médecin généraliste ou spécialiste traitant, etc. 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.)

1.7.1 Intervenants à domicile

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. Des protocoles de prise en charge sont proposés et les complications materno-fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées (cf. annexes 8, 9 et 10).

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

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.

► **Les sages-femmes**

Elles sont le plus souvent l'intervenant principal au domicile des patientes, assurant la surveillance, les soins, et l'accompagnement de la patiente et le cas échéant du nouveau-né. Elles rédigent le dossier d'HAD, et décident si nécessaire le renvoi de la patiente vers la structure ou la personne prescriptrice de l'HAD. Lorsqu'il s'agit d'une pathologie particulière, notamment psychiatrique, elles doivent pouvoir recourir très rapidement à la personne ressource, dont les coordonnées doivent apparaître sur la feuille de transmission.

► **Les infirmier(e)s**

Ils n'interviennent pas systématiquement en cas d'HAD obstétricale, car les sages-femmes ont la compétence pour réaliser la majorité des actes infirmiers. Toutefois, ils peuvent intervenir lorsque l'effectif des sages-femmes ne permet pas d'effectuer toutes les visites nécessaires, ou par exemple lorsqu'une injection à heure fixe est indiquée.

Ils peuvent être salariés par l'établissement et/ou libéraux rétribués à l'acte. Dans ce dernier cas, ils sont tenus de respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne les protocoles de soins, la continuité des soins, les modes de transmission des informations, le dossier de soins. Ils s'engagent à participer régulièrement à l'évaluation des pratiques et leur évolution éventuelle.

► **Les puériculteurs (trices)**

Intervenants principaux en HAD pédiatrique, ils peuvent intervenir dans les HAD obstétricales du *post-partum*, selon l'organisation de la structure et ses ressources en personnel.

► **Les pédiatres et autres médecins spécialistes**

Certaines HAD obstétricales possèdent dans leur équipe interne un pédiatre, qui peut intervenir dans certaines pathologies du *post-partum*, notamment en cas d'addiction maternelle ou de difficultés à l'allaitement. D'autres médecins peuvent selon la situation assurer une partie des visites à domicile.

► **Les acteurs sociaux**

Les acteurs sociaux sont des professionnels importants dans le cadre de l'HAD. Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile.

Par ailleurs, le protocole de soins prend en compte les besoins d'aides supplémentaires (aide ménagère, travailleuse familiale...). Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

► **Les psychologues**

L'accompagnement psychosocial durant l'HAD est souvent nécessaire et parfois essentiel aussi bien auprès de la femme que de sa famille et des aidants, tout particulièrement pour éviter l'épuisement de ces derniers et toute réhospitalisation. Dans les structures d'une certaine taille, un psychologue est souvent intégré à l'équipe. Celle-ci peut aussi faire appel à un psychologue extérieur rémunéré à la prestation. Enfin, des conventions de mise à disposition peuvent être passées avec les services où sont hospitalisées le plus souvent les patientes s'ils disposent d'un psychologue. Cette solution a l'avantage d'assurer une continuité dans le suivi de la patiente.

► **Autres intervenants**

En dehors des professionnels associés de manière permanente à la structure d'HAD, cette dernière peut avoir recours à certains paramédicaux : diététicienne, TISF, kinésithérapeute... rémunérés ponctuellement à la prestation.

Selon le statut de la structure d'HAD, la part d'intervenants libéraux est plus ou moins importante. À l'exemple de certains services d'HAD, il est souhaitable que la collaboration avec les

professionnels de santé libéraux soit formalisée dans un contrat définissant le cadre juridique et la collaboration entre le service d'HAD et les intervenants libéraux. Le professionnel libéral s'engage ainsi à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations, le dossier de soins et, en particulier, à se prêter à l'évaluation de la qualité des soins.

1.7.2 Rôle du médecin traitant (généraliste ou spécialiste)

Selon la circulaire du 1^{er} décembre 2006 relative à l'HAD⁴ : « *Qu'il soit ou non le prescripteur, le médecin traitant est le pivot dans l'organisation d'une HAD. Il est responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique. Il assure le suivi médical, la surveillance des soins lors de ses visites. À cette occasion, il adapte si nécessaire les traitements et peut faire intervenir un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur ou, en cas d'empêchement, information de ce dernier. Il est responsable de son diagnostic et de ses prescriptions. Il est le garant avec le médecin coordonnateur, du début à la fin de la prise en charge, de la qualité de l'information concernant le malade, de son état de santé et de son traitement.* »

En pratique, en obstétrique, l'HAD est souvent prescrite par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme, qui rédige le protocole de soins et réévaluent régulièrement l'état de la patiente, pour décider de la poursuite ou non de l'HAD, en accord avec l'équipe de coordination. Toutefois, le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) doit être informé de l'HAD de sa patiente, avec l'accord de celle-ci, surtout s'il est en charge du suivi de la grossesse.

1.8 Ressources et charge de soins pouvant relever de l'HAD

Le type de pathologie pris en charge par la structure d'HAD est fonction des ressources dont dispose celle-ci.

L'HAD peut disposer de matériel de pointe tel que :

- cardiocardiographes géminés ;
- télémonitorages fœtaux (TMF) qui, déposés au domicile, permettent un enregistrement de 30 minutes minimum, vu en temps réel à distance ;
- appareils mesurant la tension (« Dynamap® »), déposés au domicile en cas de surveillance de parturientes hypertendues ;
- « glucomètres » déposés au domicile, en cas de surveillance des dextros, chez des parturientes diabétiques ;
- Doppler ;
- bilirubinomètres (dosage de bilirubine pour surveillance de la survenue d'ictère du nouveau-né).

Les sage-femmes peuvent disposer au cours de leur visite à domicile : d'un téléphone portable, d'un cardiocardiographe et d'un Doppler.

En complément des soins dispensés par les sages-femmes, l'HAD peut proposer si besoin :

- un service social ;
- un service de kinésithérapie ;
- un service de diététique ;
- le soutien d'un psychologue ;
- des aides ménagères ;
- du matériel de confort.

Les médicaments et produits pharmaceutiques sont apportés aux patientes.

Des moyens de transport sont mis à disposition des patientes pour se rendre aux urgences : véhicules sanitaires légers de préférence, ambulances, taxi, SAMU en cas d'urgence.

⁴ Circulaire n° DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006

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

D'une façon générale, les situations pouvant relever d'une HAD au cours de l'*ante* et du *post-partum* sont toutes les situations nécessitant une hospitalisation maternelle, sans la nécessité d'une surveillance continue et d'un recours immédiat aux soins. Seront donc exclues comme pour toute HAD les situations suivantes :

- risque vital maternel immédiat ;
- recours nécessaire à l'imagerie ou à la réanimation en urgence ;
- communication difficile et faible adhésion aux soins, rendant aléatoire la possibilité pour les équipes d'HAD de rencontrer effectivement les patientes ;
- absence de domicile fixe et accessible.

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

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

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 traitant (généraliste ou spécialiste). 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 traitant (généraliste ou spécialiste) 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 traitant (généraliste ou spécialiste), 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.

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

2.2 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 médecin de garde dans l'établissement d'origine. La structure d'HAD doit en être informée.

À titre informatif, le tableau suivant récapitule les motifs et taux de réhospitalisations de la mère ou du nouveau-né suite à une prise en charge par l'HAD de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) au cours de l'*ante* ou du *post-partum*, de 2005 à 2010.

Tableau 2. Motifs et taux de réhospitalisations de la mère ou du nouveau-né suite à une prise en charge par l'HAD de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) au cours de l'*ante* ou du *post-partum*, de 2005 à 2010

Année	Réhospitalisations maternelles : en % (nombre) et motifs	Réhospitalisations du nouveau-né : en % (nombre) et motifs
2005	0,46 % (12) Abscesses de paroi, douleurs lombaires, phlébite, reprise épisiotomie, problèmes neurologiques (2), hyperthermie, endométrite, métrorragies (2), pré-éclampsie, embolie	0,21 % (6) Vomissements et chute, ictère (3), œsophagite, vomissements et hypotonie
2006	0,38 % (13) Endométrite (3), HTA (2), métrorragies (2), reprise cicatrice césarienne (2), syndrome dépressif, infection urinaire, phlébite, troubles psychiatriques	0,22 % (7) Ictère (2), lien mère/enfant, déshydratation, œsophagite, problème gastrique, méningite virale
2007	0,25 % (8) Hyperthermie (4), infection consécutive à la césarienne, bartholinite, reprise cicatrice épisiotomie, reprise cicatrice césarienne	0,16 % (5) Atrésie duodénale, ictère (3), problème cardiaque
2008	0,43 % (14) Hémorragies (4), hyperthermie (3), céphalées (2), anémie, reprise cicatrice césarienne, rétention placentaire, HTA, abscesses de paroi	0
2009	0,28 % (11) Hémorragies, malaise, hyperthermie, HTA, pancréatite, embolie pulmonaire, abscesses de paroi (2), HTA, endométrite, gastro-entérite	0,02 % (1) Méningite
2010	0,25 % (10) Hémorragies, ulcère gastrique, hyperthermie, problème vessie, lymphangite, infection urinaire, abscesses de paroi, vomissements, endométrite, gastro-entérite	0

2.3 Organisation pratique

Des modèles de fiches de demande d'admission, respectivement en *ante* et en *post-partum* pathologiques, sont proposés en annexes 3 et 4. Ces fiches 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 l'absence d'offre de soins alternative et uniquement dans certains cas (menace d'accouchement prématuré ou *placenta prævia* par exemple en *antepartum*), 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*).

2.4 Propositions de recommandations sur les 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).

2.5 Satisfaction des femmes

Peu de données publiées rapportent la satisfaction des femmes bien que ce soit l'une des raisons majeures avancées pour le recours à ce mode de prise en charge.

Le rapport d'activité de l'HAD obstétricale de l'AP-HP rapporte les résultats d'une enquête (questionnaire complété un jour donné) réalisée en 2005 respectivement chez 60 et 68 patientes prises en charge en *ante* et en *post-partum*, par l'HAD obstétricale de l'AP-HP. Cette enquête a révélé que 100 % des femmes :

- sont globalement satisfaites ;
- connaissent le motif de leur hospitalisation ;
- ont été informées de l'organisation des soins par les sages-femmes d'HAD ;
- sont satisfaites et informées des horaires de passage des sages-femmes d'HAD ;
- ont été informées sur leur état de santé par les sages-femmes d'HAD ;
- se sentent en sécurité ;
- redemanderaient et conseilleraient l'HAD obstétrique.

Ces patientes reconnaissent que les sages-femmes ont été à leur écoute à 100 %, et elles ont apprécié à 75 % les sages-femmes d'HAD pour leurs qualités humaines. Vingt-cinq pour cent d'entre elles ont eu besoin d'une aide psychologique et ont pu rencontrer la psychologue de l'HAD. Le livret d'accueil ne leur a été remis que dans 50 % des cas. Les horaires des transports ont été respectés à 25 %.

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

Très peu de données portant spécifiquement sur la prise en charge en HAD au cours de l'*antepartum* pathologique ont été identifiées dans la littérature : quelques études portent sur des interventions ponctuelles chez des patientes vulnérables destinées essentiellement à informer et à faciliter l'accès aux soins.

Dans ces conditions, la démarche entreprise a été la suivante :

- Définir les situations à risque de complications périnatales et dans la mesure du possible quantifier le risque.
- Préciser les interventions (examens complémentaires, traitements) destinées à réduire le risque, ainsi que leurs performances.
- Délimiter, parmi les interventions retenues, celles qui seraient du ressort de l'HAD obstétrique en *antepartum*.
- Proposer les protocoles à suivre pour une prise en charge en HAD.

Les situations pathologiques pouvant relever d'une HAD au cours de l'*antepartum* détaillées ci-après, suivent le plan suivant :

- pathologie maternelle préexistante : hypertension artérielle (HTA), diabète, lupus/syndrome des antiphospholipides (SAPL), thrombophilies génétiques, pathologies psychiatriques. En cas de pathologies graves (mucoviscidose, dialyse rénale, handicap, etc.), ou de pathologie psychiatrique, les modalités de l'HAD seront à adapter au cas par cas ;
- pathologie maternelle gravidique : HTA gravidique, diabète gestationnel, cholestase gravidique ;
- Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux : prématurité, mort fœtale *in utero*, hématome rétroplacentaire ;
- Facteurs de risque liés à la grossesse en cours : grossesse multiple, menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, *placenta praevia*, rupture prématurée des membranes ;
- problèmes médico-psychosociaux.

Le cas échéant, les situations ne relevant pas d'une HAD en *antepartum* pathologique seront abordées au cas par cas, ainsi que les interventions recommandées chez des femmes prises en charge à domicile. L'annexe 5 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 8 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 (HTA) préalable à la grossesse

► Situations à risque de complications

L'HTA est définie par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg mesurée à deux reprises. L'HTA sévère est définie par des chiffres, respectivement de PAS et PAD, supérieurs ou égaux à 160 et/ou 110 mmHg. La pré-éclampsie est définie par l'association d'une HTA à une protéinurie supérieure à 300 mg/24 h. On distingue l'HTA chronique, connue avant la grossesse ou apparaissant avant 20 SA, de l'HTA gravidique qui apparaît après 20 SA. Le HELLP syndrome, associant hémolyse, cytolyse hépatique et thrombopénie, complique environ 20 % des pré-éclampsies.

La fréquence de l'HTA est estimée entre 7 à 10 % des grossesses, la fréquence de la pré-éclampsie de 5 à 8 % grossesses.

Les principales complications périnatales sont l'éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, le retard de croissance *in utero* (RCIU), la prématurité induite et ses séquelles, la mort fœtale *in utero*. Les formes sévères sont associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle.

La publication de Saudan *et al.* (2) (niveau de preuve 3) rapporte une étude rétrospective (n = 661) et une étude prospective (n = 184) ayant pour objectifs de déterminer la probabilité de survenue d'une pré-éclampsie chez des femmes présentant une HTA gravidique et d'identifier des facteurs prédictifs cliniques ou biologiques. Le risque de développer une pré-éclampsie en cas d'HTA gravidique varie de 6 à 18 %. En analyse multivariée, la fréquence de la pré-éclampsie dépendait essentiellement du terme de survenue de l'HTA : 40 % en cas d'HTA diagnostiquée avant 34 SA, 15 % en cas d'HTA diagnostiquée après 34 SA. L'uricémie ne permettait pas de prédire le risque de survenue d'une pré-éclampsie dans cette étude.

► Évaluation d'une HAD chez des femmes ayant une HTA gravidique

Seule l'HTA gravidique modérée (PAD < 110 mmHg), isolée (sans protéinurie), a été évaluée dans une étude randomisée menée au Zimbabwe (3) (niveau de preuve 2). Deux cent dix-huit patientes ayant une HTA gravidique entre 28 et 38 SA et une grossesse unique ont été randomisées en deux groupes. Dans le groupe expérimental, les femmes menaient une activité normale à leur domicile et effectuaient un autocontrôle quotidien de l'albuminurie. La pression artérielle était mesurée toutes les semaines et un prélèvement sanguin réalisé. Dans le groupe témoin, les femmes étaient hospitalisées et mises au repos. La pression artérielle était mesurée toutes les 4 heures et une albuminurie quotidienne réalisée. Dans le groupe expérimental, il a été observé une diminution de l'HTA sévère (RR 0,58, IC 95 % 0,38-0,89) et une diminution modérée de la prématurité < 37 SA (RR 0,53, IC 95 % 0,29-0,99), sans diminution de la prématurité < 34 SA ni de différence sur les critères néonataux (poids de naissance, hospitalisation en néonatalogie). Enfin, les femmes hospitalisées ne souhaitaient pas une prise en charge similaire en cas de future grossesse (RR 3,0, IC 95 % 1,43-6,31).

► Recommandations de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2002) portant sur « le diagnostic et la prise en charge de la pré-éclampsie » (4)

Après une hospitalisation conventionnelle permettant d'évaluer la situation maternelle et fœtale, la prise en charge peut se poursuivre à domicile sur la base de l'évaluation initiale, chez des femmes présentant une HTA gravidique modérée (ou une pré-éclampsie éloignée du terme). Ce mode de

prise en charge doit comprendre une évaluation fréquente de la mère et du fœtus et la possibilité d'avoir recours à un transfert d'urgence si besoin. Tout signe clinique ou résultat d'examens biologiques révélant une aggravation indique une hospitalisation conventionnelle. La pré-éclampsie sévère est exclue de l'HAD (avis d'experts).

Propositions de recommandations

Ne relèvent pas de l'HAD :

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

Situation pouvant relever de l'HAD

Aggravation d'une 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).

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité figurent en annexe 8.

3.1.2 Diabète préalable à la grossesse

► Situations à risque de complications

Les diabètes préalables à la grossesse, de type 1 ou 2, sont associés à un risque accru de pré-éclampsie, prématurité spontanée et induite, malformations congénitales et mort fœtale *in utero* (MFIU). La fréquence de la MFIU était de 3,4 % dans une cohorte prospective nationale constituée de 435 femmes primipares, présentant un diabète de type 1 (n = 289) ou 2 (n = 146) et ayant accouché en 2000-01 (5) (niveau de preuve 3) (une surestimation de ce risque est possible dans cette étude recrutant préférentiellement des grossesses à risque à partir de maternités de niveau III). En cas de diabète gestationnel, les complications périnatales dépendent de l'atteinte des objectifs glycémiques, de l'instauration d'une insulinothérapie, et des facteurs de risque additionnels (obésité, HTA chronique, RCIU, pathologie vasculaire placentaire). La plupart des lecteurs de glycémie actuels permettent de préciser la moyenne des glycémies capillaires pendant 7, 14 et 30 jours et également de connaître le nombre d'autocontrôles réalisés pendant ces périodes.

Le suivi doit être coordonné entre l'obstétricien et le diabétologue.

► Évaluation du recours à la surveillance du RCF chez des femmes enceintes diabétiques

Une étude de cohorte américaine (6) (niveau de preuve 3) portant sur 2 134 femmes diabétiques a montré qu'une surveillance prénatale sur la base d'un monitoring bihebdomadaire débuté à 32 SA en cas de diabète préalable à la grossesse permettait de prévenir la mortalité fœtale.

► Recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2008) portant sur le diabète durant la grossesse (7)

La réalisation d'un monitoring fœtal n'est pas univoque en cas de diabète, qu'il soit préalable à la grossesse ou gestationnel. Le NICE (7) ne recommande pas la réalisation d'un monitoring fœtal avant 38 SA en l'absence de pathologie vasculaire placentaire ou de restriction de croissance fœtale. L'échographie Doppler de l'artère ombilicale et le profil biophysique ayant une mauvaise valeur prédictive, des approches alternatives sont à développer.

► **Recommandations de l' *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2001) portant sur le diabète gestationnel (8)**

En l'absence d'études de puissance suffisante évaluant la mortalité fœtale, il n'est pas possible d'émettre une recommandation univoque quant à la réalisation d'un monitoring fœtal chez des femmes ayant un diabète gestationnel. Il semble raisonnable que les femmes présentant un diabète gestationnel mal contrôlé, nécessitant de l'insuline ou ayant d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension ou d'autres antécédents obstétricaux, doivent être suivies comme si le diabète était préexistant (avis d'experts).

Propositions de recommandations

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.

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).

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité figurent en annexe 8.

3.1.3 Lupus et syndrome des antiphospholipides

► **Situations à risque de complications**

La prévalence du lupus est de 0,07 à 1,6 pour 1 000 femmes en âge de procréer. La grossesse peut entraîner une poussée de la maladie. Les femmes ayant un lupus ont un risque accru d'HTA, de complications thromboemboliques, d'infection, de thrombopénie. La présence d'une néphropathie ou d'anticorps antiphospholipides est associée à un risque accru de complications (résultats d'une étude américaine portant sur 13 555 accouchements (9)) : pré-éclampsie (OR = 3 IC 95 % 2,7-3,3), RCIU (OR = 2,6 IC 95 % 2,2-3,1), prématurité induite (OR = 2,4 IC 95 % 2,1-2,6) et mortalité maternelle (ajustée sur l'âge maternel : OR = 17,6 IC 95 % 7,2-44). La présence d'un anticorps anti-Ro/SSA est associée à un risque de bloc auriculo-ventriculaire fœtal (2-4,5 %).

Le suivi doit être coordonné entre l'obstétricien et l'interniste (voire le rhumatologue).

Il n'existe pas d'étude prospective concernant l'évaluation des modalités du suivi prénatal de femmes enceintes ayant un lupus. Un suivi échographique mensuel avec Doppler à l'artère ombilicale est proposé. Il peut être rapproché en cas d'anomalie.

Propositions de recommandations

Situation pouvant relever de l'HAD

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 risque additionnels (accord d'experts) :

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

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité figurent en annexe 8.

3.1.4 Thrombophilies génétiques

► **Situations à risque de complications**

Une association entre thrombophilies génétiques et maladie thromboembolique veineuse existe, en revanche l'association entre thrombophilies génétiques et complications périnatales (pré-éclampsie, RCIU, hématome rétroplacentaire [HRP], MFIU) est actuellement controversée.

Une étude de cohorte et une étude cas-témoins ont été menées à partir de la base de données d'une maternité anglaise (10) : l'incidence de la maladie thromboembolique veineuse y est évaluée à 85/100 000 grossesses (les cas survenus durant le *post-partum* étant 2 à 3 fois plus fréquents, certains événements peuvent ne pas être pris en compte dans cette base de données).

► **Recommandations de l'*American College of Chest Physicians (ACCP, 2008)* portant sur la maladie thromboembolique, la thrombophilie, le traitement antithrombotique et la grossesse (11)**

Durant la grossesse, les traitements anticoagulants sont indiqués dans la prévention et le traitement de la maladie thromboembolique veineuse, et de plus en plus fréquemment pour prévenir également les complications périnatales chez des femmes ayant une thrombophilie génétique. Ces recommandations détaillent la prise en charge thérapeutique de la maladie thromboembolique veineuse et de la thrombophilie génétique au cours de la grossesse en distinguant de nombreux cas de figure. Le recours à de tels traitements est un challenge étant donné le risque potentiellement tératogène pour le fœtus et le risque hémorragique qu'ils impliquent.

► **Recommandations de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2010)* portant sur les thrombophilies génétiques au cours de la grossesse (12)**

Il existe une forte association entre les thrombophilies génétiques et la maladie thromboembolique veineuse, ce qui fait de la détection des mutations (gènes du facteur V de Leiden, de la prothrombine G20210A, des protéines C ou S...) une cible logique pour les stratégies de prévention. Cependant l'association entre les thrombophilies génétiques et la thrombose utéroplacentaire conduisant à des complications telles que la MFIU, la pré-éclampsie, le RCIU ou l'HRP reste controversée. Ces recommandations abordent les questions du dépistage des thrombophilies génétiques, du choix des tests et des traitements anticoagulants, de la prévention, de l'*ante* et du *post-partum*.

Propositions de recommandations

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 (HRP, MFIU) ou de complications lors de la grossesse en cours (RCIU), le recours à l'HAD pourra être indiqué selon la situation (cf. *infra* pour chacune d'elles)

Les spécificités du dépistage et de la prévention des complications thromboemboliques veineuses sont précisées dans le protocole proposé (cf. annexe 8), ainsi que les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité.

3.1.5 Pathologie psychiatrique associée à une indication médicale

Une grossesse chez une femme psychotique impose une surveillance et un étayage tant sur le plan obstétrical que psychique.

Propositions de recommandations

En cas d'indication médicale, maternelle ou fœtale, une HAD peut être indiquée, en *antepartum* comme en *post-partum*, chez une patiente présentant une pathologie psychiatrique non décompensée. 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, sages-femmes (libérales et de PMI), pédiatres, assistantes sociales, techniciennes en intervention sociale et familiale (TISF), etc. (accord d'experts) (cf. circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité⁵).

Au cours de la grossesse, des signes laissant évoquer un manque d'investissement sur l'enfant à naître peuvent aussi être une indication d'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).

Recommandation 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 indication d'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 » pluriprofessionnel 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 psycho-affectif des enfants.

Les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 8.

3.2 Pathologie maternelle gravidique

3.2.1 HTA gravidique

L'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) peut relever de l'HAD (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.

⁵ Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n°2005-300 du 4 juillet 2005

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

► **Situations à risque de complications**

Le diagnostic de cholestase gravidique repose sur l'association d'un prurit, d'une élévation des transaminases et des sels biliaires. Il survient généralement au cours du 3^e trimestre de la grossesse (rarement au 2^e trimestre) et disparaît dans les jours qui suivent l'accouchement (en moins d'une semaine).

La prévalence des cholestases gravidiques en France est de 5 à 8 pour 1 000 grossesses. La mortalité maternelle est nulle. En l'absence de traitement, il existe un risque accru de prématurité spontanée, induite et de MFIU. Ce surrisque de MFIU n'est pas rapporté dans les séries récentes sans qu'il soit possible d'exclure des biais d'inclusion (formes moins sévères) et des biais méthodologiques.

L'étude prospective suédoise menée à partir 45 485 femmes enceintes a permis de dépister une cholestase gravidique chez 693 femmes (incidence de 1,5 %) dont la majorité (81 %) présentaient une forme modérée (acides biliaires compris entre 10 et 39 $\mu\text{mol/l}$). Une concentration en acides biliaires $\geq 40 \mu\text{mol/l}$ était associée à un risque accru de prématurité spontanée (16,7 % vs 2,2 % pour les cholestases gravidiques modérées) et d'événements asphyxiques *per-partum* (anomalies du RCF, pH ombilical $< 7,05$ ou APGAR < 7 à 5 min) (13,5 % vs 6,3 % pour les cholestases gravidiques modérées) (13). Une corrélation entre la concentration en acides biliaires maternels et le risque de MFIU n'est pas démontrée. La prise en charge proposée par les auteurs serait plutôt attentiste.

► **Évaluation de différents traitements de la cholestase gravidique**

La revue systématique de Burrows *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (14) a évalué le coût/efficacité et la tolérance de différents traitements chez des femmes ayant une cholestase gravidique. Les 9 essais contrôlés randomisés retenus (recherche documentaire de mars 2001 à novembre 2009 à partir de Medline, Premedline, Embase, Cinahl et Currents Contents) comparent une intervention soit à un placebo, soit à un traitement alternatif chez des femmes ayant une cholestase gravidique diagnostiquée, mais les données concernant les effets du prurit, les acides biliaires ou les enzymes hépatiques n'étaient pas toujours suffisamment documentées.

L'acide ursodésoxycholique (UDCA) (traitement de 1^{re} intention, hors AMM) administré à la mère a été comparé à un placebo dans 3 essais randomisés (56 femmes). Une diminution du prurit n'a été observée que dans un essai. Une diminution de la concentration des enzymes hépatiques et des acides biliaires n'a été observée que dans un essai. Un effet protecteur fœtal ou néonatal n'est pas démontré, mais aucun événement indésirable n'a été identifié. Une méta-analyse n'était méthodologiquement pas réalisable étant donné les données incomplètes rapportées. Une recommandation est actuellement impossible.

Parmi les autres traitements évalués, seule la S-adénosylmethionine a permis de diminuer le prurit.

► **Recommandations du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2006) sur la cholestase obstétricale (15)**

Une fois que la cholestase gravidique est diagnostiquée, le RCOG recommande de suivre la fonction hépatique chaque semaine (également 10 jours après l'accouchement) (avis d'experts). Aucun monitoring fœtal spécifique n'est recommandé (avis d'experts).

► **Recommandations de *European Association for the Study of Liver* (EASL, 2009) sur la prise en charge des maladies cholestatiques du foie (16)**

L'EASL préconise que les femmes soient informées du surrisque de prématurité (recommandation forte fondée sur une qualité de niveau de preuve moyenne soit un grade B1, selon la méthode GRADE). Aucun monitoring fœtal spécifique n'est recommandé (recommandation faible fondée sur un faible niveau de preuve, soit C2). L'UDCA est prescrit aux femmes enceintes ayant une cholestase gravidique, durant le 2^e et le 3^e trimestre, lorsque les patientes sont symptomatiques (grade B1).

► **Protocole clinique d'obstétrique publié par Cabrol et Goffinet en 2009 (17)**

La stratégie de prise en charge proposée dans cette publication française est la suivante : dans un premier temps, une hospitalisation conventionnelle est souhaitable si le prurit est intense et le bilan très perturbé. Puis la patiente peut rentrer chez elle une fois le prurit atténué et le bilan hépatique amélioré, idéalement en HAD avec une surveillance attentive de la mère (intensité du prurit, transaminases hebdomadaire, mais pas des sels biliaires) et du fœtus (RCF 2 fois/semaine avant 34 SA, 3 fois/semaine entre 34 et 36 SA et quotidien après 36 SA et jusqu'à l'accouchement ; échographie obstétricale tous les 15 jours).

Proposition de recommandation

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

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 8.

3.3 Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux

3.3.1 Antécédent de prématurité

► **Situations à risque de complications**

La prématurité est définie par une naissance avant 37 SA révolues. La fréquence de la prématurité est de 12 à 13 % aux États-Unis et de 5 à 9 % en Europe. La prématurité est induite dans 1/3 des cas et spontanée dans 2/3 des cas, succédant à une menace d'accouchement prématuré ou à une rupture prématurée des membranes. La prématurité est responsable de 75 % de la mortalité périnatale et de plus de la moitié des séquelles à long terme.

La revue récente de Muglia et Katz publiée dans le *New England Journal of Medicine* (18) rapporte que de nombreux facteurs ont été associés à un risque accru de prématurité spontanée (tabac, alcool, indice de masse corporelle bas, âge maternel avancé, précarité, intervalle court entre les grossesses), mais les causes de la prématurité spontanée sont souvent intriquées et restent inconnues ; 50 % des accouchements prématurés surviennent en l'absence de facteurs de risque. Une augmentation de la prématurité de 20 % a été observée au cours des 30 dernières années. Elle résulte essentiellement d'une augmentation de la prématurité induite et des grossesses multiples ; le taux de prématurité spontanée reste stable malgré les interventions médicales entreprises. Celles-ci ont davantage amélioré les conséquences de la prématurité que limité sa survenue. Les interventions entreprises pour prévenir la prématurité ou traiter la menace

d'accouchement prématuré (repos au lit, tocolyse, antibiothérapie, cerclage) n'ont pas diminué la fréquence de la prématurité spontanée.

Aucune étude ayant comparé un suivi standard ou la poursuite de l'hospitalisation conventionnelle à l'HAD n'a été identifiée.

La revue de Iams *et al.* (19) distingue 3 niveaux d'intervention possibles, détaillés ci-après, pour réduire la morbi/mortalité due à la prématurité : la prévention peut être primaire (s'adressant à toutes les femmes), secondaire (ayant pour but d'éliminer ou de réduire le risque existant) ou tertiaire (essayant de minimiser les complications chez les enfants nés prématurément).

► **Prévention primaire de la prématurité chez des femmes à bas risque**

Les supplémentations vitaminiques, le sevrage tabagique ou encore le dépistage et le traitement des parodontopathies n'ont pas été associés à une diminution de la prématurité.

Le dépistage et le traitement des vaginoses bactériennes chez des femmes à bas risque n'a pas été associé à une diminution de la prématurité.

L'intérêt d'un dépistage systématique d'un risque de prématurité chez des femmes à bas risque combinant le toucher vaginal, l'échographie endovaginale et le dosage de la fibronectine n'est pas prouvé.

► **Prévention secondaire de la prématurité chez des femmes à haut risque**

Le principal facteur de risque de prématurité est un antécédent de prématurité spontanée ou induite.

Chez des femmes à haut risque de prématurité induite, un bénéfice limité a été observé lors d'un traitement préventif par aspirine à faible dose en cas d'antécédent de pré-éclampsie.

Chez des femmes à haut risque de prématurité spontanée, trois groupes de patientes ont été incluses dans des études d'interventions : [1] antécédent de prématurité, [2] risque important de prématurité dans la grossesse en cours (grossesse multiple : cf. *infra*), [3] antécédent de prématurité associé à un facteur de risque dans la grossesse en cours (vaginose bactérienne, col court). Les résultats sont largement insuffisants dans ces 3 types de groupes, et différentes observations peuvent être formulées *a posteriori* sur l'étude elle-même, comme par exemple : les causes de prématurité sont tellement variées que les études recrutent des femmes pour lesquelles l'intervention testée n'est pas applicable ; la durée de l'intervention influence l'efficacité clinique (cas des antibiothérapies).

- Évaluation du repos au lit et d'un suivi à domicile dans la prévention de la prématurité
Malgré l'absence de bénéfice prouvé, une limitation des activités (arrêt de travail, repos au lit, abstinence sexuelle) est régulièrement prescrite.

La revue récente de la littérature de Sciscione (20) (niveau de preuve 4) rapporte que la quantification de la limitation d'activités reste imprécise, le bénéfice non prouvé, et les effets négatifs psychologiques et économiques ont été récemment soulevés.

La revue systématique d'Hodnett *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (21) a évalué les effets de programmes offrant un support social apporté par un professionnel à des femmes à haut risque de prématurité ou de faible poids de naissance (< 2,5 kg). Sur 41 essais randomisés identifiés (recherche documentaire réalisée à partir de Central, Medline et de journaux ciblés), 23 ont été exclus et 18 retenus (soient 12 658 patientes). Ils comparent plusieurs interventions prénatales au suivi prénatal standard. Les interventions associaient travailleur social, infirmière et/ou sage-femme à domicile, information, soutien logistique. Aucun effet bénéfique sur le terme ou le poids de naissance n'a été observé par les auteurs.

Une autre méta-analyse, celle de Pons *et al.* (23) aboutissait aux mêmes conclusions : les interventions entreprises ne permettaient pas de mettre en évidence de différence significative sur les taux de prématurité, de faible poids de naissance ou d'âge gestationnel.

Un essai randomisé en *clusters* (22) a été réalisé dans huit hôpitaux de Los Angeles entre 1983 et 1986. Les patientes étaient sélectionnées selon un score de risque de prématurité et exclues en cas de pathologie maternelle. Dans le bras expérimental, les patientes étaient informées des signes de menace d'accouchement prématuré et sur la prévention. Elles étaient secondairement randomisées en cinq bras : repos à domicile (n = 432), progestérone (n = 411), placebo (n = 412), soutien social (n = 407), pas d'intervention (n = 422). Dans le bras témoin, le suivi prénatal était standard. En comparant les 432 femmes du bras repos à domicile aux 834 femmes sans intervention (placebo + absence d'intervention), le taux de prématurité n'était pas différent : 7,9 vs 8,5 % RR 0,92 IC 95 % 0,62-1,37. Cette ancienne étude présente de nombreux biais : groupes non comparables, intervention composite, absence d'analyse en intention de traiter.

- Évaluation de l'antibiothérapie dans la prévention de la prématurité

La revue systématique de McDonald *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (24) (niveau de preuve 1) a évalué les effets d'un traitement par antibiotiques sur une vaginose bactérienne notamment chez des femmes ayant un antécédent de prématurité : celui-ci ne diminue pas le risque de récurrence (OR 0,83 IC 95 % 0,59-1,17) (5 essais, 622 femmes). Cependant un traitement avant 20 SG peut diminuer le risque de prématurité (OR 0,72 IC 95 % 0,55-0,95) (5 essais, 2 387 femmes).

La revue systématique de Sangkomkamhang *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (25) (niveau de preuve 1) a évalué le dépistage et le traitement des infections génitales basses (recherche documentaire à partir de Central, Medline et de journaux ciblés) : le seul essai randomisé retenu (2 ont été exclus) a permis de montrer que ces interventions permettent de diminuer la prématurité (3 % vs 5 %, RR 0,55 IC 95 % 0,41-0,75) et le petit poids de naissance (RR 0,48 IC 95 % 0,34-0,66) avant 20 SG. Le coût/efficacité de telles interventions reste à évaluer.

- Évaluation du cerclage dans la prévention de la prématurité.

La revue systématique de Drakeley *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (26) (niveau de preuve 1) a évalué le coût/efficacité et la tolérance d'un cerclage prophylactique, d'un cerclage d'urgence et d'arrêt du travail, ainsi que les différentes techniques d'insertion. Six essais (2 175 femmes) ont été analysés et 4 exclus. En dehors de la béance cervico-isthmique documentée, un cerclage n'est pas indiqué chez des femmes à risque faible ou modéré de perte fœtale, quelle que soit la longueur cervicale. Le bénéfice d'un cerclage en cas de col raccourci à l'échographie n'est actuellement pas prouvé.

- Évaluation de l'administration de progestérone dans la prévention de la prématurité

La revue systématique de Dodd *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (27) (niveau de preuve 1) a évalué le bénéfice/risque de l'administration de progestérone dans la prévention de la prématurité dans les situations suivantes :

- ▶ En cas d'antécédent de prématurité spontanée, l'administration de progestérone a été associée à une réduction de la prématurité dans 4 essais randomisés (1 255 patientes) : RR 0,80 IC 95 % 0,70-0,92.
- ▶ En cas de col court diagnostiqué à l'échographie, l'administration de progestérone a été associée à une réduction de la prématurité inférieure à 34 SA dans un essai randomisé (250 patientes) : RR 0,58 IC 95 % 0,38-0,87.
- ▶ En cas de grossesse multiple, l'administration de progestérone a été associée à une diminution de recours à la tocolyse dans un essai randomisé (654 patientes) : RR 0,75 IC 95 % 0,57-0,97.
- ▶ En présence d'autres facteurs de risque de prématurité, l'administration de progestérone n'a pas été associée à une réduction de la prématurité.

- ▶ **Prévention tertiaire de la prématurité chez des femmes à risque imminent d'accouchement prématuré**

Le traitement de la phase aiguë de la MAP n'entre pas dans le champ de notre thème.

- **Diagnostic précoce de la menace d'accouchement prématuré (MAP)**
 - Les interventions destinées à identifier les femmes à risque d'accouchement prématuré puis à leur enseigner la reconnaissance précoce des signes de MAP ont été évaluées dans une méta-analyse (28) (reprenant notamment 6 essais contrôlés randomisés dont le travail du *Collaborative group on preterm birth prevention* (29)) : les différents programmes entrepris n'ont pas montré de diminution du taux de prématurité.
 - La revue systématique d'Hodnett *et al.* (cf. *supra*) (21) a montré que l'adjonction du monitoring à domicile des contractions utérines n'apporte pas de bénéfice quant à la prévention de la prématurité.
- **Prise en charge au décours de la phase aiguë**
 - La revue récente de Reichmann (30) rapporte que le monitoring des contractions utérines à domicile au décours de la phase aiguë d'une MAP est sans bénéfice en termes de complications materno-fœtales. Cette conclusion s'appuie sur les résultats d'un essai de niveau de preuve 2 et de 4 essais randomisés de niveau de preuve 1. L'ACOG souligne les implications éthiques du recours à cette pratique innovante mais prouvée dans ce cas comme inefficace (31).
 - Le recours à une tocolyse d'entretien par bêta-mimétiques a été évalué dans la revue systématique de Dodd *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (32) (niveau de preuve 1) (11 essais randomisés retenus) : celle-ci ne diminue pas le taux de prématurité. L'administration de progestérone au décours d'une MAP a été associée à une réduction de la prématurité dans un essai randomisé (60 patientes) : RR 0,29 IC 95 % 0,12-0,69 repris dans une autre revue de Dod *et al.* (27). Il n'existe pas de données concernant une tocolyse d'entretien par inhibiteurs calciques (nicardipine, nifédipine).
 - La revue systématique d'Hodnett *et al.* (cf. *supra*) (21) a également montré que le suivi à domicile n'est pas associé à une diminution des réadmissions.

Proposition de recommandation

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

3.3.2 Antécédent de mort fœtale *in utero*

► Situations à risque de complications

La fréquence de la mort fœtale *in utero* (MFIU) est de 1/200 grossesses. Le risque de récurrence peut être quantifié en fonction de la cause. Chez des femmes à bas risque et en l'absence de cause identifiée, le risque de récurrence entre 22 et 37 SA est estimé de 7,8 à 10,5 pour 1 000 et au-delà de 37 SA à 1,8 pour 1 000.

L'utilisation de courbes personnalisées a permis de retrouver une fréquence accrue (52 %) de RCIU < 10^e percentile dans les cas de MFIU inexplicables (étude cas-témoins) (33) (niveau de preuve 4).

► Évaluation des modalités de surveillance fœtale en prévention de la MFIU

La performance d'une surveillance fœtale associant RCF et quantification échographique du liquide amniotique a été évaluée dans une étude menée chez 370 femmes ayant un antécédent de MFIU, parmi une cohorte de 15 482 femmes présentant diverses situations à risque (34) (niveau de preuve 3). La surveillance hebdomadaire était débutée à 34 SA. Treize MFIU sont survenues, soit un pourcentage de faux négatifs de 0,8 pour 1 000. Les causes de MFIU étaient respectivement terme dépassé (n = 6), diabète gestationnel (n = 3), HTA (n = 2, dont une avec antécédent de MFIU), RCF anormal (n = 1), diminution des mouvements actifs fœtaux (n = 1). La prématurité induite avant 37 SA sur un faux positif était de 1,5 % et doit être mise en balance avec les complications périnatales associées.

► **Recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2000) portant sur la surveillance fœtale en *antepartum*(35)**

Il existe peu de données sur les modalités de surveillance chez des femmes à bas risque ayant un antécédent de MFIU inexpliquée. La surveillance peut être initiée à 32-34 SG voire à 26-28 SG chez des femmes présentant des conditions à haut risque (équivalent grade C) et répétée (1 ou 2 fois par semaine). Tout résultat de test anormal doit être évalué par d'autres tests, en prenant en compte l'âge gestationnel, le degré d'oligohydramnios et les conditions cliniques maternelles.

► **Recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009) portant sur la prise en charge de la MFIU (36)**

Les facteurs de risque les plus importants sont la nulliparité, l'âge maternel avancé, l'obésité et l'origine ethnique (noire non hispanique). Le risque de MFIU est multiplié par 2 chez des femmes ayant eu un premier enfant vivant ou s'il est né avant 32 SG (RCIU), comparativement à une femme ayant un antécédent de MFIU (grade A). Un caryotype anormal étant identifié chez 8 à 13 % des enfants mort-nés, une amniocentèse est recommandée. Un déclenchement peut être proposé dès le deuxième trimestre en fonction des préférences de la patiente (grade C).

Proposition de recommandation

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

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 8.

3.3.3 Antécédent d'hématome rétroplacentaire (HRP)

► **Situations à risque de complications**

L'hématome rétroplacentaire (également appelé *placenta abruptio*) est une complication très grave de la grossesse, mettant en jeu le pronostic vital de la mère et du fœtus en étant responsable d'une hémorragie parfois massive développée entre le placenta et l'utérus. Lors d'un HRP, le décollement prématuré du placenta auparavant bien inséré entraîne une souffrance fœtale aiguë (par diminution de l'apport d'oxygène) et un risque de décès maternel (par choc hypovolémique consécutif à la perte sanguine, ou par coagulation intravasculaire disséminée).

La prévalence estimée de l'HRP est de 1/200 grossesses. Le risque de récurrence évalué à partir d'un registre national de naissances norvégien de 896 959 grossesses était de 4,3 % soit un facteur multiplicatif de 9 (37) (niveau de preuve 3).

L'étude de cohorte menée à partir d'un registre national norvégien (37) a permis également de relever d'autres complications au décours d'une grossesse compliquée d'un HRP, en comparant à la fréquence dans la population générale :

- le RCIU 13,9 % vs. 7,5 %. OR 2,0 IC 95 % 1,8-2,2 (ajusté sur l'âge maternel, le rang de naissance et l'HTA gravidique) ;
- la prématurité spontanée 6,6 % vs. 3,2 % OR 2 IC 95 % 1,7-2,4 (ajusté sur l'âge maternel, le rang de naissance et l'HTA gravidique) ;
- l'HTA gravidique 3,4 % vs. 2,3 % OR 1,5 IC 95 % 1,2-1,9 (ajusté sur l'âge maternel, l'éducation et le rang de naissance).

► **Évaluation d'interventions en prévention de récurrence d'HRP**

Le risque de récurrence d'HRP est imprévisible. Aucune intervention n'a démontré de bénéfice en dehors de l'HRP survenu au cours d'une pré-éclampsie ou d'une pathologie vasculaire placentaire. Les auteurs d'une étude de cohorte menée à partir d'un registre national norvégien sur 492 861 femmes suivies pour 2 grossesses (38) (niveau de preuve 3) proposent, pour diminuer le risque de

récidive, d'intensifier la surveillance au moins 12 semaines avant l'âge gestationnel auquel est survenu l'HRP lors de la grossesse précédente si l'accouchement avait fait l'objet d'une complication (prématurité, MFIU), et au moins 6 semaines avant s'il s'était déroulé normalement.

Certains facteurs de risque seront pris en considération : une HTA sera dépistée et traitée ; en cas de conduites addictives (tabac, cocaïne), le sevrage sera encouragé ; une pathologie vasculaire placentaire, plus fréquente, sera dépistée. Enfin, en cas de thrombophilie génétique, aucun bénéfice d'un traitement préventif par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) sur la prévention des récurrences n'est actuellement démontré.

Proposition de recommandation

Un antécédent d'hématome rétroplacentaire (HRP) sans pathologie associée n'est pas une indication d'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

► Situations à risque de complications

Les complications maternelles et périnatales sont augmentées par rapport aux grossesses uniques.

- Parmi les complications maternelles, l'HTA gravidique et la pré-éclampsie sont augmentées, respectivement 13 % vs 6 % (RR 2,04 IC 95 % 1,60-2,59) et 13 % vs 5 % (RR 2,62 IC 95 % 2,03-3,38) selon les résultats de l'étude prospective de Sibai *et al.* portant sur 684 grossesses gémellaires (39) (niveau de preuve 4). Un risque accru de thrombose veineuse profonde a été rapporté (OR 4,2 IC 95 % 1,8-9,7) dans l'étude de Simpson *et al.* (10) ; la gémellité persistait comme facteur de risque indépendant après ajustement sur l'HTA, la prématurité et l'accouchement par césarienne. L'étude cas-témoins de Blickstein *et al.* a montré que la concentration en hémoglobine des mères est comparable chez les gémellaires et les singletons (40) (niveau de preuve 4). Le risque de diabète gestationnel n'est pas augmenté. Aucune donnée sur les infections urinaires n'a été identifiée.
- Les principales complications périnatales sont la mortalité périnatale, le RCIU et surtout la prématurité et ses séquelles. L'étude européenne PERISTAT (41) (niveau de preuve 3) a montré que la fréquence des complications était de 48,2 % en France en 1998 (vs 4,7 % pour les singletons) soit multipliée par 10 (RR 10,3 IC 95 % 9,1-11,6). La répartition était de 9 % des naissances avant 32 SA et 39 % entre 32 et 36 SA. Près de la moitié de cette prématurité n'était pas induite. Toutes les grossesses multiples étaient incluses dans cette étude, la très grande majorité étant des gémellaires.
- Certaines complications varient en fonction de la chorionicité. Les cas particuliers du syndrome transfuseur-transfusé et de la séquence TRAP sortent du champ de ce travail.

► Évaluation des modalités de surveillance et des interventions visant à diminuer les complications dues aux grossesses multiples

La fréquence des complications périnatales entraîne des modifications de la prise en charge prénatale des grossesses gémellaires. Il n'existe aucun consensus sur les modalités de surveillance et les interventions visant à diminuer ces complications.

- L'augmentation du risque d'HTA et de pré-éclampsie suggère un dépistage adapté sans qu'aucune étude n'en précise le terme, la fréquence, et les modalités (pression artérielle, albuminurie à la bandelette ?). Un suivi prénatal mensuel peut être proposé, associé à un suivi hebdomadaire ou tous les 15 jours à domicile par une sage-femme (de PMI ou libérale) à

partir de 22-24 SA incluant la mesure de la pression artérielle, la mesure de la hauteur utérine, un toucher vaginal en présence de signes d'appel et la réalisation d'une albuminurie à la bandelette.

- Prévention de la prématurité spontanée chez les grossesses gémellaires asymptomatiques recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF, 2009) sur les grossesses gémellaires (42)

« La tocographie et le dépistage d'une vaginose bactérienne ne permettent pas d'identifier une population à risque d'accouchement prématuré (respectivement grade B et grade C). Les données actuelles de la littérature sont contradictoires et insuffisantes pour déterminer, respectivement, si la recherche de fibronectine fœtale dans les sécrétions cervicovaginales et le toucher vaginal sont des facteurs prédictifs de l'accouchement prématuré (accord d'experts). Seuls les antécédents obstétricaux (antécédent d'accouchement prématuré) (grade C) et surtout l'échographie endovaginale (grade B) par la mesure de la longueur cervicale sont des facteurs prédictifs de prématurité. Cependant, il n'existe aucune étude ayant montré que l'identification d'un groupe à risque d'accouchement prématuré par l'échographie endovaginale permettait de diminuer la fréquence de celui-ci chez les patientes enceintes de jumeaux et asymptomatiques (accord d'experts). Si une échographie vaginale est réalisée, l'information d'un col long (> 30 mm) est plus pertinente que celle d'un col court (< 25 mm) (accord d'experts). Le repos strict, l'utilisation de tocolytiques par voie orale à visée prophylactique, l'administration de progestérone et le cerclage prophylactique chez les patientes avec ou sans modifications cervicales ne permettent pas de diminuer la prématurité (grade A). »

Étant donné le manque d'études chez les femmes présentant des grossesses multiples, le cerclage, l'hospitalisation et le repos strict au lit ne sont pas des mesures prophylactiques recommandées par l'ACOG (43).

Aucun bénéfice du monitoring à domicile des contractions utérines sur la prématurité n'a été objectivé dans une étude prospective randomisée incluant 844 grossesses gémellaires (44) (niveau de preuve 1). Dans le bras bénéficiant d'un monitoring à domicile, il a été observé une augmentation du recours à une tocolyse (16 % vs 8 %, $p < 0,01$), mais sans différence en termes de consultations d'urgence.

► **Surveillance de la croissance et de la vitalité fœtales**

La surveillance échographique n'entre pas dans le champ de ce travail. Il n'existe aucun consensus sur la date de début et la fréquence des enregistrements du RCF dans les grossesses gémellaires.

- Grossesses gémellaires bichoriales. En l'absence d'indication spécifique (restriction de croissance fœtale, pathologie maternelle, diminution des mouvements actifs), l'ACOG ne recommande pas la réalisation de RCF systématique dans les grossesses bichoriales non compliquées (43).
- Grossesses monochoriales biamniotiques (MCBA). Dans une étude prospective menée au Portugal (193 grossesses MCBA) (45) (niveau de preuve 3), le suivi incluait une échographie tous les 15 jours entre 24 et 30 SA puis un enregistrement du RCF et un profil biophysique hebdomadaire à partir de 30 SA, associés à une échographie fœtale et des Doppler ombilicaux et cérébraux tous les 15 jours. En l'absence de complications, l'accouchement était programmé vers 36-37 SA. Le risque prospectif de MFIU > 32 SA était de 1,2 %. Il y est rapporté que le risque prospectif de MFIU > 32 SA est de 4,6 % en cas de surveillance échographique tous les 15 jours, ce qui semble donc insuffisant.
- Grossesses monochoriales monoamniotiques (MCMA). Il existe très peu de données concernant la surveillance de ce type de grossesses. Une augmentation des MFIU > 32 SA observée dans une revue de la littérature (46) (niveau de preuve 4) reprenant des petites séries et des cas isolés [9] a conduit certaines équipes à proposer une extraction systématique par césarienne à 32 SA après maturation pulmonaire fœtale. Cette surmortalité

n'a pas été observée dans la série de 98 grossesses MCMA analysées aux Pays-Bas, dans laquelle le terme médian de naissance était de 33 SA et les modalités de surveillance prénatale variables entre les centres. Les modalités suivantes de surveillance peuvent être proposées : une échographie tous les 15 jours à partir de 22 SA et un enregistrement hebdomadaire du RCF à partir de 28 SA.

Proposition de recommandation

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 *in utero*

► Situations à risque de complications

Le RCIU est une complication complexe et fréquente.

- La définition n'est pas univoque : suspicion prénatale de RCIU définie par une biométrie < 10^e percentile pour l'âge gestationnel, ou confirmation postnatale par un poids de naissance < 10^e percentile pour l'âge gestationnel.
- Les mensurations pré ou postnatales ne permettent pas de définir à elles seules une pathologie : un poids de naissance < 10^e percentile pour l'âge gestationnel peut être physiologique (enfant constitutionnellement petit), ou pathologique (secondaire à un RCIU).
- Il existe une grande hétérogénéité dépendant du sexe, de la parité, de l'origine ethnique, de la gémellité, sous-tendant la création de courbes de références personnalisées.

La résultante de cette confusion est une évaluation difficile de l'excès de mortalité et de morbidité périnatale associée d'une part, et le risque d'intervention excessive ou insuffisante d'autre part.

La publication de Chauhan *et al.* (47) souligne que l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, États-Unis) et le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, Royaume-Uni) estiment qu'il existe des discordances dans la démarche diagnostique et dans la prise en charge (recommandations publiées respectivement en 2000 et 2002).

Le thème de ce travail est restreint aux interventions et examens prénatals du ressort potentiel de l'HAD *antepartum*.

► Évaluation du repos au lit

Le repos au lit est souvent recommandé en cas de suspicion de RCIU. Une revue de la Cochrane (48) (niveau de preuve 2) n'a inclus qu'un seul essai randomisé réalisé en 1987 (107 patientes) et a comparé le repos au lit à l'hôpital au retour à domicile assorti d'un arrêt de travail. Les extractions instrumentales pour anomalies du RCF, les APGAR < 8 à 5 minutes et les mensurations à la naissance étaient comparables dans les deux groupes.

► Évaluation d'une surveillance par RCF

L'enregistrement du RCF est fréquemment réalisé en cas de RCIU.

L'analyse visuelle et l'analyse informatisée du RCF ont été évaluées dans une revue récente de la Cochrane (49) (niveau de preuve 2) (en termes de coût/efficacité et de complications détectées chez la mère et l'enfant durant et après la grossesse). Six essais randomisés (2 105 patientes) ont été sélectionnés, mais seulement 2 présentaient une randomisation correcte ; 6 autres essais ont été exclus. La qualité de ces essais n'était pas excellente et des femmes présentant d'autres pathologies à risque de complications que le RCIU étaient incluses.

En comparant la réalisation de RCF standard à l'absence de RCF (4 études, 1 607 patientes), il n'y avait pas de différence de mortalité périnatale (2,3 % vs. 1,1 %, RR 2,05 IC 95 % 0,95-4,42), ou de décès potentiellement évitables (RR 2,46, IC 95 % 0,96-6,30), mais la puissance de la méta-analyse était insuffisante pour évaluer ce critère.

Aucune étude n'a comparé l'analyse informatisée du RCF à l'absence d'enregistrement du RCF. En comparant l'analyse informatisée à l'analyse visuelle du RCF (2 études, 469 patientes), une diminution de la mortalité périnatale a été observée en faveur de l'analyse informatisée (0,9 % vs 4,2 %, RR 0,20 IC 95 % 0,04-0,88), mais sans différence concernant les décès potentiellement évitables (RR 0,23 IC 95 % 0,04-1,29) ; la puissance de la méta-analyse était également insuffisante pour évaluer ce critère.

Des études complémentaires restent donc nécessaires pour conclure sur l'efficacité du RCF.

Les recommandations de l'ACOG publiées en 2000 sur la surveillance fœtale en antepartum (35) (cf. *supra*) rapportent un taux de MFIU dans la semaine suivant un RCF normal de 1,9/1 000 (résultat calculé à partir de 5 861 grossesses), conférant au RCF une valeur prédictive négative de 99,8 %.

La revue récente de Grivell *et al.* publiée dans la *Cochrane Library* (50) n'a identifié qu'une étude pilote évaluant la fréquence de réalisation des enregistrements du RCF sur la morbi/mortalité périnatale et n'a pas permis de conclure.

Enfin, l'étude de Devoe *et al.* a mis en évidence une variabilité intra et interobservateurs dans l'interprétation du RCF ; il n'y avait pas de différence avec une analyse informatisée (76,9-79,2 % vs 72-84 % ; $\kappa = 0,25$) (51).

Propositions de recommandations

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

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).

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité figurent en annexe 8.

3.4.3 Rupture prématurée des membranes

► Situations à risque de complications

La rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme complique 2,0 à 3,5 % des grossesses et entraîne un accouchement prématuré dans 30 à 40 % des cas.

► Évaluation d'une HAD *versus* une hospitalisation conventionnelle

Un suivi à domicile sous surveillance a été envisagé chez des patientes sélectionnées. Un seul essai randomisé a comparé le retour à domicile à l'hospitalisation conventionnelle au décours d'une RPM (52). Parmi 349 patientes éligibles (RPM < 37 SA, grossesse unique, absence d'entrée en travail après 72 heures, absence d'infection clinique, présence d'au moins une citerne de 2 cm de liquide amniotique, dilatation cervicale < 4 cm), seulement 67 (18 %) ont été incluses. Douze ont été exclues secondairement (tarissement, 10 ; non-compliance, 2), 27 sont retournées à leur domicile et 27 ont été admises à l'hôpital. Les modalités de repos ne sont pas précisées. Le suivi

comprenait dans les deux bras : température/6 heures, compte quotidien des mouvements actifs fœtaux. Un enregistrement du RCF, une numération globulaire bihebdomadaire, un examen au spéculum et une échographie hebdomadaire étaient réalisés en consultation dans un bras et à l'hôpital dans l'autre bras. Les groupes étaient comparables et le terme moyen de rupture des membranes 31-32 SA. La phase de latence n'était pas différente dans les deux groupes (18 ± 22 vs 12 ± 13 jours). Il n'y avait pas de différence sur le terme de naissance, la survenue d'une chorioamniotite, le taux de césariennes, le poids de naissance, l'admission en néonatalogie, la détresse respiratoire, la durée de ventilation et la mortalité périnatale. Il faut noter que 3 accouchements ont été réalisés en urgence dans un autre hôpital.

Au total, seulement une patiente sur cinq remplissait les critères d'inclusion pour un suivi à domicile. Le manque de puissance ne permet pas d'exclure un risque accru de complications néonatales.

L'analyse secondaire d'une étude prospective de patientes hospitalisées pour RPM a été effectuée (53). En appliquant les critères d'éligibilité proposés par Carlan *et al.*, 18 % des patientes éligibles à un suivi à domicile auraient eu des complications périnatales sévères.

Proposition de recommandation

En cas de rupture prématurée des membranes avant terme et une fois la viabilité atteinte, les conditions d'éligibilité à 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

► Situations à risque de complications

- Conduites addictives (alcool, drogues, tabac).
- Vulnérabilité, précarité, violence intrafamiliale.

► Réglementation

La circulaire 2006 relative à l'HAD⁶ souligne que « *l'HAD est une structure mixte utilisant les compétences internes de ses propres équipes et coordonnant les interventions de professionnels extérieurs tout en prenant en compte l'environnement sanitaire et médico-social participant à la prise en charge éventuelle du patient en amont ou en aval de l'HAD.*

Les acteurs sociaux sont des professionnels importants dans le cadre de l'HAD. Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile.

Par ailleurs, le protocole de soins prend en compte les besoins d'aides supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile, garde à domicile... Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

L'accompagnement psychosocial durant l'HAD est souvent nécessaire et parfois essentiel aussi bien auprès du malade que de sa famille et des aidants, tout particulièrement pour éviter l'épuisement de ces derniers et la réhospitalisation des malades. Dans les structures d'une certaine taille, un psychologue est souvent intégré à l'équipe. Celle-ci peut aussi faire appel à un psychologue extérieur rémunéré à la prestation. Enfin, des conventions de mise à disposition peuvent être passées avec les services où sont hospitalisés le plus souvent les patients, s'ils disposent d'un psychologue. Cette solution a l'avantage d'assurer une continuité dans le suivi du patient. »

⁶ Circulaire n° DHOS/03/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile

Quelques données sont disponibles sur des interventions ponctuelles chez des patientes vulnérables, destinées essentiellement à informer et à faciliter l'accès aux soins, mais aucune intervention de type HAD n'a été évaluée.

Propositions de recommandations

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, pédiatres, assistantes sociales, techniciennes en intervention sociale et familiale, 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 périnatalité⁷, et circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité⁸).

Une fragilité de la construction de la relation mère-enfant peut aussi être une indication d'HAD *antepartum* 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 7 récapitule les deux situations pouvant relever de l'HAD en *antepartum* en l'absence d'offre alternative de soins. Des protocoles de prise en charge sont proposés et les complications materno-fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées (cf. annexe 10).

3.6.1 Menace d'accouchement prématuré

Se référer à l'analyse de la littérature faite au § 3.3.1 sur la prématurité.

Propositions de recommandations

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).

Recommandation sur les interventions à domicile

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

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 10.

⁷ Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n°2005-300 du 4 juillet 2005

⁸ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006

3.6.2 *Placenta praevia*

► Situations à risque de complications

Cette anomalie de l'insertion placentaire sur tout ou partie du segment inférieur est rapportée dans 2,8 grossesses uniques sur 1 000 et 3,9 grossesses multiples sur 1 000. Le *placenta praevia* est associé à un risque hémorragique chez la mère et un risque accru de prématurité.

► Évaluation d'une HAD *versus* une hospitalisation conventionnelle

Un seul essai randomisé a comparé le repos à domicile au repos à l'hôpital chez 53 femmes au décours d'une hospitalisation de 72 heures pour *placenta praevia* hémorragique (54). Les critères d'inclusion étaient : *placenta praevia* hémorragique entre 24 et 36 SA, grossesse unique, membranes intactes, RCF réactif. Les critères d'exclusion étaient : hémodynamique instable, autre cause d'hémorragie, épisodes hémorragiques ≥ 3 , autre complication obstétricale, pathologie maternelle, absence de téléphone, transport en urgence impossible. L'intervention dans le bras expérimental associait repos au lit et échographie hebdomadaire. Les patientes étaient avisées de consulter en urgence en cas de récurrence hémorragique, rupture prématurée des membranes, contractions utérines ou diminution des mouvements actifs fœtaux. En cas d'hémorragie importante, elles contactaient un numéro d'urgence. Les groupes étaient comparables, le terme moyen d'inclusion 29-30 SA. Trente-trois patientes ont récidivé (62 %), 26 ont eu une césarienne en urgence, 5 ont été transfusées. Le terme moyen de naissance était comparable dans les deux groupes ($34,6 \pm 2,3$ vs $34,5 \pm 2,4$ SA), mais le taux de prématurité était de 61 %. La morbidité néonatale n'était pas différente dans les deux groupes (admission en néonatalogie, durée d'hospitalisation, détresse respiratoire, hémorragie intraventriculaire). La durée d'hospitalisation maternelle était de $10,1 \pm 8,5$ vs $28,6 \pm 20,3$ jours soit une différence nette de - 15 jours dans le bras expérimental.

Les auteurs concluent qu'une HAD est une alternative acceptable pour la prise en charge de patientes sélectionnées présentant un *placenta praevia* symptomatique.

Proposition de recommandation

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).

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 10.

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

Le *post-partum* physiologique étant exclu de ce travail, les situations pouvant relever d'une 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. Ceci 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.

Les situations retenues comme pouvant relever d'une HAD au cours du *post-partum* et détaillées ici correspondent aux situations le plus fréquemment rencontrées, dont la liste n'est pas exhaustive. Les recommandations les concernant sont en majorité des accords d'experts. L'annexe 6 récapitule les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours du *post-partum*. Les protocoles d'intervention proposés sont détaillés en annexe 9.

En cas de réhospitalisation de la mère, les dispositions réglementaires suivantes (article R. 1112-2)⁹ 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

Les césariennes représentent 15 à 20 % des accouchements dans la majorité des établissements en France. Parmi elles, certaines sont programmées et ont dans la plupart des cas des suites très simples, et d'autres sont réalisées en urgence, parfois dans un contexte favorisant les complications (infection, hémorragie). Toutes les patientes ayant accouché par césarienne ne nécessitent pas la mise en place d'une HAD, mais l'existence d'une cicatrice abdominale récente chez une jeune mère doit conduire à la mettre en place si la patiente a besoin d'une assistance à la sortie de la maternité ou s'il existe une pathologie associée (diabète ou autre pathologie maternelle associée).

Propositions de recommandations

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 relevant pas de l'HAD :

- collection nécessitant un drainage chirurgical ;
- douleur importante nécessitant une évaluation pluriquotidienne ;
- absence de reprise du transit intestinal ;
- fièvre inexplicée.

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 9.

⁹ 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 Ier - DROITS DES PERSONNES MALADES ET DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

4.1.2 Soins de plaie périnéale

La diminution du taux d'épisiotomies depuis quelques années, consécutive notamment aux recommandations du CNGOF, a modifié l'épidémiologie des plaies périnéales. Les épisiotomies sont souvent moins superficielles, intéressant les plans musculaires profonds du releveur de l'anus, et souvent réalisées lors d'extraction instrumentale favorisant la contrition des tissus. Les déchirures périnéales spontanées sont plus fréquentes, le plus souvent superficielles à cicatrisation très rapide, mais parfois plus profondes et compliquées d'hématome de la paroi vaginale ou de rupture sphinctérienne, qui nécessitent des soins prolongés.

Propositions de recommandations

Situations pouvant relever de l'HAD :

- 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.

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont proposées en annexe 9.

4.1.3 Dépression du *post-partum*

Pathologie fréquente souvent sous-estimée, la dépression du *post-partum* (DPP) a des conséquences potentiellement graves pour la mère ou l'enfant. Sa fréquence est discutée selon les auteurs car elle varie selon la définition retenue. Pour Lumley *et al.*, qui regroupent des intensités de dépression très différentes, elle touche une femme sur 6 dans l'année qui suit l'accouchement (55).

Les syndromes dépressifs du *post-partum* sont en effet d'intensité et de durée variables (56) ; on peut distinguer :

- le *baby blues*, transitoire, pendant les heures ou les jours suivant la naissance, qui sort du cadre de la pathologie, mais qui nécessite une surveillance en cas d'apparition de signes de gravité ;
- la dépression *post-partum* dont le tableau clinique est décrit ci-dessous ;
- la psychose puerpérale, plus rare, avec des symptômes plus sévères de type maniaco-dépressifs, dépressifs primaires ou schizophréniques, survenant généralement un à 2 mois après la naissance.

► **Facteurs de risque**

Ils sont identifiés dans différentes études (55-59)

- antécédents de DPP ou non, personnels mais surtout familiaux ;
- absence de soutien social ;
- bas niveau socio-économique ;
- conjoint absent ou indisponible ;
- antécédents d'événements traumatisants ;
- pathologie maternelle associée ;
- problèmes de santé chez l'enfant.

Une étude américaine a étudié plus particulièrement la DPP chez les adolescentes, et a mis en évidence le rôle majeur du soutien familial et d'un entourage attentif dans la prévention de la DPP (60).

► **Diagnostic**

Il repose avant tout sur un interrogatoire ciblé réalisé pendant la grossesse ou en *post-partum* en cas de facteurs de risque ou de signes évocateurs, éventuellement à l'aide de grille test type EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (61).

D'après l'*American Psychiatric Association*, la DPP est définie par la présence de signes de tristesse, culpabilité, perte de confiance en soi, fatigue, désespoir, apathie, troubles du sommeil, difficultés de concentration ayant débuté dans les 4 semaines suivant une naissance et durant au moins 2 semaines (56).

Ces différents signes sont regroupés dans des grilles tests, dont les plus utilisés dans la littérature sont l'EPDS (57,61), et le *Beck Depression Inventory* (62).

► Risques pour la mère et l'enfant

L'équipe de Lynne Murray a, par de nombreuses publications, attiré l'attention des professionnels sur les conséquences à plus ou moins long terme d'une DPP maternelle (63-66).

La qualité de la relation mère-enfant est altérée par l'existence d'une DPP, entraînant chez l'enfant une augmentation du risque de troubles mentaux et du comportement précoces (anxiété, rejet maternel), dans la petite enfance (63) ou tardifs (diminution de la sociabilité, peur des étrangers, seuil de tolérance à la frustration abaissé, difficultés d'attachement et de séparation) (65). Son développement intellectuel peut être retardé, avec notamment chez les garçons une diminution des performances intellectuelles à l'âge de 16 ans par rapport à des enfants témoins (66), et dans 50 % des cas selon van Doesum *et al.*, il développera dans l'enfance ou l'adolescence un syndrome dépressif (62).

Chez la mère, il existe un risque de dépression prolongée, voire risque suicidaire ou de violence envers l'enfant dans les formes sévères. Le risque de récurrence de DPP est élevé, surtout si la première DPP survient sans antécédent psychiatrique. À l'inverse, si la DPP survient après d'autres épisodes dépressifs, le risque de récurrence dépressive est élevé, mais pas spécifiquement en période post-natale (67).

► Traitement

Beaucoup de femmes refusent de consulter ou de prendre un traitement, de peur d'être stigmatisées, d'interférer avec l'allaitement maternel ou de se voir retirer leur enfant, ou d'être considérées comme « une mauvaise mère » (58,68).

Une fois le diagnostic fait, le traitement recommandé associe en fonction du contexte la prescription d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et surtout un accompagnement psychologique (68). Le risque suicidaire voire d'infanticide doit être régulièrement évalué.

► Intérêt d'une prise en charge à domicile pour prévenir la survenue d'une DPP

Lumley (55,69) et Leis (70) études (cf. tableau 3) ont évalué l'intérêt d'une prise en charge à domicile par des visites régulières en *post-partum* pour informer les femmes et dépister précocement les signes de dépression. Aucune n'a montré de bénéfice à ce type de démarche.

Tableau 3. Études randomisées évaluant le bénéfice de visites systématiques en *post-partum* pour prévenir le risque de survenue d'une dépression du *post-partum*

Population – Pays - Etude	Intervention	Résultats
18 555 femmes sans facteur de risque en <i>post-partum</i> , suivies dans un établissement avec réseau de soin psychiatrique Australie Lumley <i>et al.</i> 2003 (55) Lumley <i>et al.</i> 2006 (69)	Randomisation simple • groupe intervention (n = 1 0144) : visite à domicile à J2-7 puis S2, S4, S8 • groupe contrôle (n = 8 411)/suivi standard Recueil des données par questionnaire (pré-test puis post-test à M6)	Pas de différence significative sur l'état de santé maternel et le taux de DPP à 6 mois de l'accouchement
731 femmes dans quartiers défavorisés Angleterre citée dans Leis <i>et al.</i> 2009 (70)	7 visites à domicile ciblées sur la DPP + entretiens téléphoniques, <i>versus</i> suivi classique	Pas de différence significative sur le taux de DPP à 6 mois de l'accouchement

► **Intérêt d'un suivi à domicile chez les femmes avec DPP**

Le tableau 4 présente les études publiées évaluant l'intérêt d'une prise en charge à domicile des femmes chez qui le diagnostic de DPP a été réalisé. Elles montrent toutes un bénéfice à cette démarche. Toutefois, ces visites sont assurées dans la majorité des études par des intervenants formés à la psychiatrie, et durent en général plusieurs semaines voire plusieurs mois, ce qui sort du cadre de la prise en charge spécifique de l'HAD obstétricale. Toutefois, pour les structures d'HAD qui peuvent disposer de ce type d'intervenants, la DPP est une indication à retenir.

Une meilleure connaissance du *post-partum* immédiat en tant que période liminaire sensible est indispensable pour déterminer le différentiel entre conduites adaptatives de type « blues » et démarrage d'un épisode anxio-dépressif durable. En effet on constate un phénomène transculturel de traitement particulier de la dyade, très accompagnée groupalement par exemple dans les cultures traditionnelles et relayée ici par les professionnels. L'observation vers 6 semaines d'un organisateur précoce du lien mère-bébé sous la forme de l'apparition des premières « proto-conversations » devrait permettre une détection d'un trouble dyadique, et l'indication de l'utilité d'un soutien.

Dans tous les cas, en cas de doute en *post-partum* immédiat sur la qualité de la relation mère-enfant, ou en cas d'antécédent de DPP, une HAD obstétricale est souhaitable pour prolonger l'observation du couple mère-enfant et donner le temps aux équipes spécialisées d'organiser la prise en charge.

Tableau 4. Etudes randomisées évaluant le bénéfice d'une prise en charge à domicile des patientes atteintes de dépression du *post-partum*

Population – Pays - Etude	Intervention	Résultats
71 mères avec dépression majeure selon DSM-IV (95 %) ou BDI > 14 (5 %) Exclusion : psychose, PMD et toxicomanie Hollande van Doesum <i>et al.</i> 2008 (62)	Randomisation simple • groupe intervention (n = 35) : 8-10 visites à domicile de 60-90 min 1 fois/semaine par psychologue avec analyse vidéo des interactions mère-enfant, pédagogie, massages du bébé • groupe contrôle (n = 36) : 3 appels téléphoniques < 15 min pendant 3 mois Recueil des données par questionnaire (pré-test puis 2 post-tests à J15 et à M6)	Effet significatif de l'intervention sur : • le ressenti maternel (p < 0,01) • la structuration maternelle (p < 0,01) • les réactions positives de l'enfant (p < 0,05) • la sociabilité de l'enfant (p < 0,01) Pas de différence significative sur la régression de la DPP
70 mères primipares avec score EPDS > 10 six semaines après l'accouchement Exclusion : pathologie obstétricale et atcd psychiatriques Taïwan Ueda <i>et al.</i> 2006 (57)	Randomisation simple • groupe intervention (n = 35) : information remise sur la DPP = document de 35 pages commenté par un professionnel • groupe contrôle (n = 35) : pas d'info Recueil des données par nouveau score EPDS 3 mois après l'accouchement	Diminution significative du nombre de femmes ayant un score EPDS > 10 à 3 mois dans le groupe intervention (14/35 versus 24/35, p = 0,02)
19 mères avec score EPDS > 9 un mois après l'accouchement Exclusion : prématurité, pathologie néonatale, grossesse multiple, traitement psychotrope Japon Tamaki 2008 (71)	Randomisation simple • groupe intervention (n = 9) : suivi à domicile par infirmière psychiatrique avec soutien psychologique, aide à la résolution des problèmes quotidiens, écoute... • groupe contrôle (n = 9) : prise en charge classique Évaluation du score EPDS à 1 et 6 semaines après l'intervention	Diminution significative des signes de dépression dans le groupe intervention (p = 0,042)

Méta-analyse (5 études) Angleterre Leis <i>et al.</i> 2009 (70)	Interventions hebdo ou bi-hebdomadaires à domicile par des professionnels (psychiatres, psychologues ou infirmiers psychiatriques) versus suivi habituel	Efficacité des interventions à domicile dans 4 des 5 études sur le taux de DPP
--	--	---

DSM-IV : *Diagnostic and Statistical Manual 4th ed* ; BDI : *Beck Depression Inventory* ; PMD : psychose maniaco-dépressive ; DPP : dépression *post-partum* ; EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* ;

► **Conclusion sur l'HAD pour dépression du *post-partum***

Il s'agit d'une pathologie dont la prise en charge globale doit idéalement être organisée en *antepartum*, lorsqu'il existe des facteurs de risque, avec des structures relais qui assureront le suivi pendant plusieurs mois en *post-partum*. L'HAD trouve ici sa place entre la sortie de la maternité et la prise en charge psychiatrique de ville, surtout si elle n'a pas été prévue avant l'accouchement.

Propositions de recommandations

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* : médecins généralistes, TISF, équipe de PMI, équipe de centre médico-psychologique (CMP) de l'adulte ou infanto-juvénile, unité de psychiatrie périnatale, psychiatres ou psychologues libéraux, associations.

Situation ne relevant pas 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 11). 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.

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 9.

En cas de nécessité de réhospitalisation, le retour à la maternité présente l'intérêt en général d'être un retour vers 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

Dans ce chapitre, seront regroupées les patientes ayant des facteurs de risque de difficultés psychosociales qui peuvent altérer leur capacité à faire face aux suites de leur accouchement et à l'accueil du nouveau-né. Parmi elles, les adolescentes ont fait l'objet d'une abondante littérature, notamment dans les pays anglo-saxons.

De nombreux programmes d'accompagnement pendant la grossesse et à domicile de ces femmes ont été développés, notamment aux États-Unis et en Australie (72-80). L'évaluation de leur efficacité en termes de bénéfice à long terme pour l'enfant est difficile car les critères d'inclusion, les modalités d'intervention et les paramètres mesurés varient selon les équipes. Pour toutes ces raisons méthodologiques, la méta-analyse proposée à la *Cochrane Library* en 2007 par Bennett *et al.* a été refusée (76).

Les facteurs de vulnérabilité retenus dans ces études, réalisées le plus souvent dans des quartiers socialement défavorisés, sont le célibat (72,73,79,80), le recours à l'aide médicale d'état ou des revenus en dessous du seuil de pauvreté (73,77,79,80), une notion de violence domestique (73), un âge < 18 ans (73,79,80), une durée d'études inférieure à 10 ou 12 ans (72,73), l'absence d'emploi (72), de domicile fixe (73), une grossesse mal suivie (73,79), un antécédent psychiatrique chez un des parents (73), une conduite addictive (drogue ou alcool) (73).

La majorité de ces études montre un bénéfice à court terme des programmes de visite à domicile par des professionnels sur le taux de dépression maternelle (77), de confiance de la mère en ses capacités (73,74,77), de développement social de l'enfant (73,74) et de diminution des maltraitance de l'enfant (80). Concernant l'effet sur la mortalité néonatale, du fait de sa faible incidence, il n'apparaît pas dans les études randomisées prospectives. Une étude cas-témoins réalisée par Donovan *et al.* chez des patientes incluses dans un programme d'accompagnement de femmes socialement défavorisées montre que la mortalité est 2,5 fois moins importante chez les enfants dont les mères ont reçu des visites à domicile pendant la grossesse et en *post-partum*, et pas uniquement par le biais d'une diminution de la prématurité (79).

Ce bénéfice est d'autant plus important que les visites commencent avant l'accouchement et sont rapprochées dans le *post-partum* immédiat (77).

En France, cet accompagnement fait partie des missions de la PMI (cf. circulaires 2005¹⁰ et 2006¹¹ et les recommandations HAS publiées en 2005 sur la préparation à la naissance et à la parentalité (81)), et est idéalement organisé pendant la grossesse, à partir de l'entretien du 4^e mois. Toutefois, un certain nombre de femmes en situation de vulnérabilité y échappent, le plus souvent par défaut de signalement. Une HAD en *post-partum* pourrait chez ces patientes assurer une assistance médicale et un soutien logistique en attendant que le relais soit pris par les réseaux de PMI.

Le dépistage des violences conjugales est également important pendant la grossesse et le *post-partum*, qui sont des périodes à haut risque (75,82). En cas de doute, l'hospitalisation en *post-partum* peut être prolongée pour la mère et l'enfant afin de maintenir une surveillance, et l'HAD peut trouver sa place en *post-partum* avec un relais si nécessaire vers la PMI pour une prise en charge au long cours.

¹⁰ Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

¹¹ Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

4.2.1 Patientes avec conduites addictives

Concernant les femmes toxicomanes et dépendantes de l'alcool, des programmes de visites à domicile par des infirmières, puéricultrices, sages-femmes et non-professionnels ont été développés, principalement aux États-Unis et en Australie, et leur efficacité a été évaluée par une méta-analyse de la *Cochrane Library* en 2005 (83). Celle-ci ne met pas en évidence de bénéfice à ces programmes en termes de poursuite de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, prise du traitement de substitution et développement neuropsychique de l'enfant mais l'interprétation de ces études est délicate du fait du nombre très important de perdues de vue.

En France, le groupe d'études grossesse et addictions (GEGA) coordonne les programmes des équipes qui veulent accompagner ces grossesses : la prise en charge doit être débutée tôt dans la grossesse, par un groupe multidisciplinaire appartenant à un réseau ville-hôpital pour dépister et prévenir les complications, et prévoir l'accueil de l'enfant. Le mode de sortie est décidé en réunion multidisciplinaire avec en particulier psychologues, assistantes sociales, sages-femmes, addictologues et puéricultrices. Actuellement, du fait de l'effort de coordination réalisé par de nombreuses équipes, la majorité des enfants sortent au domicile de leur mère, avec un accompagnement éventuellement par les équipes spécialisées (84). L'HAD peut faire partie de cette prise en charge, surtout en cas de toxicomanie nécessitant une substitution et la surveillance de possibles troubles du comportement néonatal.

4.2.2 Adolescentes

Selon une enquête menée en 1996, une grossesse en France sur 100 est menée par une adolescente (85), avec dans plus de la moitié des cas une situation de détresse sociale et/ou de conflit familial.

Les grossesses des adolescentes ont une morbidité augmentée en *post-partum* (60,86-88) :

- des troubles du lien mère-enfant sont fréquemment décrits chez les adolescentes en *post-partum* ; elles ont moins d'interaction avec leur enfant, leur parlent et les stimulent moins que les mères adultes (87) ;
- la fréquence de maltraitance envers le nouveau-né est augmentée lorsque la mère est mineure : violence et négligence envers l'enfant, mort subite du nourrisson, infections sévères et mort néonatale (86) ;
- le risque de dépression du *post-partum* est également augmenté chez les adolescentes, surtout lorsque le soutien familial et l'entourage font défaut (60). Dans une étude portant sur 85 accouchées âgées de 13 à 18 ans, interviewées dans le mois suivant la naissance, on retrouvait chez 37 % des jeunes mères des signes de dépression, et 7 % d'entre elles prenaient un traitement antidépresseur (88). Dans la majorité des cas, la présence de symptômes dépressifs était associée à un niveau de stress élevé, et une sensation d'impuissance face à la situation à gérer ;
- l'âge maternel inférieur à 18 ans est également un facteur de risque d'interruption précoce de l'allaitement maternel ;
- enfin, les adolescentes ont fréquemment des difficultés à gérer la contraception en *post-partum*, ce qui augmente le risque de grossesses rapprochées (89).

Aux États-Unis, de nombreux programmes de visites à domicile des adolescentes enceintes, commençant pendant la grossesse et se poursuivant en *post-partum* jusqu'aux 2 ans de l'enfant, ont été mis en place et évalués en termes de bénéfice pour la mère et l'enfant. (89). Plusieurs méta-analyses ont tenté de synthétiser cette littérature, dont une de la *Cochrane Library* en 2007 qui a été récusée pour des biais méthodologiques (90).

La méta-analyse publiée par Clemmens en 2001 regroupe 13 études et 823 mères adolescentes, évaluant le lien entre un accompagnement médico-social de ces jeunes mères et l'établissement du lien mère-enfant. Bien que soulignant des difficultés d'évaluation liées à l'hétérogénéité des définitions et des outils de mesure, elle met en évidence un bénéfice significatif des programmes de visite à domicile par des professionnels dans la qualité du lien mère-enfant ; par contre, ce bénéfice n'est pas retrouvé lorsque cet accompagnement est réalisé par la famille ou par un réseau non professionnel (87).

En 2003, une étude randomisée australienne a été publiée : elle a évalué chez 139 adolescentes enceintes, pour évaluer l'efficacité de visites à domicile par des infirmières spécialisées sur la

survenue d'accident du nouveau-né (mort néonatale, coups et blessures non accidentels, placement de l'enfant contre l'avis de sa mère), et leur connaissance de la contraception, de l'allaitement maternel, du programme de vaccination (86). Les adolescentes étaient randomisées juste après la naissance entre un groupe intervention, recevant des visites à domicile par des sages-femmes, et un groupe témoin. Les visites, réalisées 1 semaine, 2 semaines, 1 mois, 2 mois, 4 mois et 6 mois après la naissance, avaient un contenu prédéfini avec transmission d'information, éducation, vérification de la compréhension des informations antérieurement transmises et possibilité de contacter le médecin responsable de la patiente en cas de problème rencontré. Le bénéfice de l'accompagnement à domicile a été démontré par la diminution des accidents néonataux (RR 0,22 [0,02-0,98], $p = 0,04$), le score de connaissance et d'utilisation d'une contraception à 6 mois ($p = 0,017$), mais pas de différence sur le taux d'allaitement maternel à 6 mois.

Dans une autre étude, les interventions précoces à domicile chez les mères mineures ont fait diminuer le nombre de consultations aux urgences pédiatriques pendant les 2 premières années de vie de l'enfant (89).

Enfin, pour prévenir le risque de dépression du *post-partum* chez ces très jeunes femmes, il faut lutter contre le stress en les aidant à gérer matériellement et affectivement cette maternité (88).

L'HAD apparaît comme une solution pour assister précocement ces très jeunes mères tant sur le plan médical que paramédical, et s'assurer de la sécurité de l'enfant, surtout en cas de difficultés familiales associées. Elle permet de dépister les situations à risque et de déclencher si nécessaire l'intervention de services sociaux pour un accompagnement à plus long terme.

4.2.3 Conclusion sur l'HAD des femmes en situation de vulnérabilité

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, concomitamment à la mise en place du travail en réseau associant les institutions (en particulier la PMI) et les professionnels concernés.

Propositions de recommandations

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 :

- adolescentes ;
- 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).

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 9.

En cas de nécessité de réhospitalisation, le retour en maternité présente l'intérêt en général d'être un retour vers 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 (cf. circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité¹²).

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.

Propositions de recommandations

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 thromboembolique 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 alternative de soins : difficultés d'allaitement

► Intérêt de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est recommandé partout dans le monde par les sociétés pédiatriques, l'OMS et l'UNICEF car il améliore le développement sensoriel des enfants et diminue le risque d'infection (91). Une étude américaine a montré que, pour le premier né d'une fratrie, l'allaitement maternel diminue de façon significative le nombre de consultations pédiatriques en urgence dans les 6 premiers mois de vie (92). Il diminuerait également le risque d'obésité infantile, et le taux de survenue de maladies chroniques (allergie, asthme, cancer, diabète et maladie cœliaque (93).

Chez la mère, l'allaitement diminue les saignements du *post-partum*, le risque de cancer du sein, et permet une perte de poids plus rapide (91,93). La plupart des sociétés savantes recommandent un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, puis la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 1-2 ans (91).

¹² Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

Aux États-Unis, l'objectif des autorités sanitaires gouvernementales est pour 2010 un taux d'allaitement maternel de 75 % en *post-partum* immédiat, 50 % à 5-6 mois et 25 % à 1 an, alors qu'en 1998 il n'était en réalité que respectivement de 64, 29 et 19 % (94). En Scandinavie, les chiffres sont plus élevés puisque 45 à 60 % des enfants sont nourris exclusivement au sein à 4 mois (95).

En France le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité était de 50,1 % en 1999 et 56 % en 2002, loin de l'objectif de 70 % affiché par le 2^e programme national nutrition santé (PNNS).

► **Facteurs de risque d'arrêt précoce d'allaitement maternel**

Selon l'étude de 2003 réalisée en Californie par Taveras *et al.* chez 1 163 patientes à bas risque (pas de pathologie maternelle ou néonatale) ayant l'intention d'allaiter leur enfant, 87 % débutent effectivement cet allaitement et parmi elles 13 % l'interrompent dans les 2 semaines suivant la naissance (94). Les éléments statistiquement liés à cet arrêt précoce sont l'âge jeune, le niveau d'éducation faible, l'absence de conjoint, la primiparité, et un syndrome dépressif associé. Dans cette même étude, la décision d'arrêter l'allaitement dans la première semaine repose principalement sur des problèmes de succion de l'enfant (23 %), la crainte d'une prise insuffisante (22 %) ou des douleurs mammaires (14 %).

Une autre étude réalisée au Canada entre 2006 et 2008 sur 5 615 femmes montre que 90,3 % d'entre elles optent à la naissance pour un allaitement maternel, mais que seulement 13,8 % conservent un allaitement maternel exclusif au bout de 6 mois. Le tabagisme, la naissance par césarienne, l'hospitalisation du nouveau-né et l'absence d'emploi sont statistiquement liés à un arrêt précoce de l'allaitement maternel (96).

Concernant les femmes en situation de vulnérabilité (733 accouchées bénéficiant de l'aide médicale d'état aux états-Unis), le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité est faible (38 %), et statistiquement lié au soutien apporté par les professionnels de santé lors de l'hospitalisation (93).

Le rôle d'une sortie précoce de la maternité n'est pas clairement démontré, certaines études montrant dans ce cas plus de difficultés à l'allaitement, alors que d'autres ne trouvent pas de différence significative (97).

Enfin, une revue portant sur les femmes obèses (BMI > 30) montre qu'elles ont une lactogénèse retardée, et qu'elles arrêtent plus souvent leur allaitement précocement (98).

À l'inverse, les facteurs associés avec une poursuite prolongée de l'allaitement sont les niveaux élevés d'éducation socio-économique, la confiance en soi, les expériences antérieures d'allaitement, l'allaitement fréquent à la demande, les techniques de positionnement du bébé et de massages, et l'absence de recours à des compléments alimentaires (95).

► **Intérêt d'une intervention des professionnels**

De nombreuses instances internationales recommandent l'allaitement maternel, et soulignent le rôle des professionnels de santé dans sa promotion. À l'initiative de l'ONU et de l'UNICEF, a été créé en 1991 un label *Baby Friendly Hospital Initiative* (BFHI) pour guider les établissements dans leur politique d'encouragement et d'accompagnement de l'allaitement maternel, avec pour résultat une augmentation du taux et de la durée de l'allaitement maternel exclusif (91). En France, un nombre croissant d'établissements obtiennent chaque année ce label « Hôpital Ami des Bébé ». Le rôle spécifique de l'HAD dans cette situation n'est pas évalué dans la littérature, mais de nombreuses études ont montré le bénéfice d'un accompagnement dans les premières semaines d'allaitement (91), période au cours de laquelle les abandons sont les plus fréquents (95). Ce rôle commence dans les maternités mais une étude canadienne montre que si 85 % des femmes perçoivent une adhésion de l'équipe médicale à l'allaitement maternel, 50 % seulement reçoivent pendant leur séjour des informations sur le positionnement de l'enfant et 27 % sur l'intérêt de l'allaitement maternel exclusif (91).

Le tableau 5 regroupe les études randomisées évaluant le bénéfice de visites à domicile en *post-partum* pour soutenir l'allaitement maternel. Toutes montrent une diminution du taux d'abandon de l'allaitement maternel, sauf l'étude italienne qui a un effectif plus faible, et dans laquelle le protocole d'accompagnement est basé essentiellement sur des entretiens téléphoniques. Ce

bénéfice est bien entendu variable selon les pays, les populations concernées et la durée du congé post-natal.

Tableau 5. Études évaluant le bénéfice de visites à domicile pour favoriser la poursuite de l'allaitement maternel

Population – Pays - Étude	Intervention	Résultats
1 597 femmes à bas risque allaitantes Exclusion : prématurité, origine non danoise, grossesse multiple Danemark Kronborg <i>et al.</i> 2007 (95)	Randomisation simple • intervention (n = 780) : 1 à 3 visites à domicile avant S5 avec apprentissage des techniques d'allaitement, des rythmes, de l'interprétation des besoins de l'enfant • contrôle (n = 815) : suivi classique recueil des données par questionnaire à S3 et M5	Réduction significative des arrêts d'allaitement dans le groupe intervention (OR : 0,74 [0,56 - 0,99])
1 163 accouchées à bas risque Exclusion : âge < 14 ans, toxicomanes, pathologie néonatale, PN* < 2 500 g ou > 4 500 g. Californie Taveras <i>et al.</i> 2003 (94)	Étude de cohortes : 1 007 (87 %) avec AM* initial dont : • 872 allaitaient encore à S2 (75 %) • 135 avaient interrompu l'AM avant S2 Recueil de données par interview à S0, S2, S12	Diminution du taux d'interruption de l'AM* à S12 si soutien à l'allaitement (médecin, infirmière, sage-femme) (p = 0,015) Augmentation du taux d'interruption si signes de dépression (p = 0,01)
605 femmes à bas risque allaitantes Exclusion : pathologie néonatale Italie Di Napoli <i>et al.</i> 2004 (99)	Randomisation simple • intervention (n = 303) : une visite à domicile avant J7 par sage-femme + conseils par téléphone sur l'AM • contrôle (n = 302) : suivi classique recueil des données par questionnaire toutes les 2 semaines jusqu'à M6	Pas de différence du taux d'interruption de l'AM* entre M4 et M6 entre les 2 groupes
138 femmes (75 > 37 SA et 27 à 35-37 SA) à bas risque, allaitantes Exclusion : âge < 21 ans, grossesse multiple, césarienne, complications du post-partum ou pathologie néonatale Canada McKeever <i>et al.</i> 2002 (97)	Randomisation simple appariée sur l'AG* • intervention (n = 53) : sortie précoce (< H48) + 3 visites à domicile par infirmières spécialisées pendant S1-S3 • contrôle (n = 48) : sortie > J2 et suivi classique recueil des données par questionnaire à M1	Augmentation significative du taux d'AM* exclusif dans le groupe intervention (95,1 % vs 73,5 %, p = 0,02) pour les AG* > 37 SA Pas de différence pour les 35-37 SA (effectif faible)

AG : âge gestationnel ; AM : allaitement maternel ; PN : poids de naissance

► Conclusion sur l'HAD pour favoriser la poursuite de l'allaitement maternel

Les études à plus fort effectif démontrent l'intérêt d'un soutien précoce de l'allaitement maternel dans les premiers jours du *post-partum*, pour éviter les abandons et tenter d'appliquer les recommandations de l'OMS, c'est-à-dire un allaitement maternel exclusif prolongé pendant au moins 6 mois.

Ce soutien peut être réalisé en HAD pendant les premiers jours du *post-partum* par un professionnel formé à l'allaitement maternel (sage-femme le plus souvent), surtout chez les femmes à risque.

Propositions de recommandations

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 suivant :

- âge maternel < 18 ans ;
- primiparité ;
- vulnérabilité ;
- antécédents de difficultés 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...).

Une proposition de protocole et les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité sont précisées en annexe 10.

Annexe 1. Méthode de travail

Résumé de la méthode « Recommandations par consensus formalisé »

Les recommandations de bonne pratique 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 ».

La méthode « Recommandations par consensus formalisé » est une méthode rigoureuse d'élaboration de RBP, qui repose sur :

- la participation de professionnels et de représentants de patients ou d'usagers concernés par le thème ;
- le recours à une phase de lecture externe ;
- la transparence, avec mise à disposition de l'analyse critique de la littérature, des points essentiels des débats au cours des réunions de travail, des décisions prises suite à l'analyse des résultats des votes du groupe de cotation, des avis et commentaires des membres du groupe de lecture, de la liste de l'ensemble des participants aux différents groupes ;
- l'indépendance d'élaboration des recommandations, de part : le statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, l'indépendance des groupes impliqués (groupe de pilotage, groupe de cotation, groupe de lecture), et l'indépendance financière ;
- la gestion des intérêts déclarés par les experts du groupe de pilotage et du groupe de cotation.

► Choix du thème de travail

La HAS prend l'initiative de l'élaboration de la RBP (autosaisine) ou répond à la demande d'un autre organisme, tel que :

- un conseil national professionnel de spécialité, le Collège de la médecine générale, un collège de bonne pratique, une société savante ou toute autre organisation de professionnels de santé ;
- une institution, une agence sanitaire ou un organisme de santé publique ;
- un organisme d'assurance maladie ;
- une association représentant des usagers du système de santé.

Après inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS, une phase de cadrage préalable à l'élaboration de toutes RBP est mise en œuvre (voir guide note de cadrage). Elle a pour but, en concertation avec le demandeur, les professionnels et les usagers concernés, de choisir la méthode d'élaboration de la RBP (CF) et d'en délimiter le thème. Cette phase de cadrage permet en particulier de préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins, les questions à traiter, les professionnels et les usagers concernés par la recommandation.

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.

► Coordination du projet

Le déroulement d'une RBP, du cadrage à la diffusion des recommandations, est sous la responsabilité d'un chef de projet de la HAS chargé :

- de veiller au respect de la méthode et à la qualité de la synthèse des données de la littérature ;
- d'assurer la coordination et d'organiser la logistique du projet.

Le chef de projet veille en particulier à ce que :

- la composition des groupes soit conforme à celle définie dans la note de cadrage ;

- l'ensemble des membres désignés permette d'assurer la diversité et un équilibre entre les principales professions mettant en œuvre les interventions considérées, les différents courants d'opinion, les modes d'exercice, les lieux d'exercice.

Le chef de projet participe à l'ensemble des réunions.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Phase de revue systématique de la littérature

Cette phase aboutit à la production d'un argumentaire scientifique et d'une liste de propositions à soumettre au groupe de cotation sous forme de questionnaire.

Elle est réalisée par le groupe de pilotage qui comprend de façon optimale 6 à 8 professionnels et représentants d'usagers du système de soins dont, un président du groupe de pilotage, un chef de projet, et éventuellement un chargé de projet. Ses membres doivent avoir une bonne connaissance de la pratique professionnelle dans le domaine correspondant au thème de l'étude et être capables de juger de la pertinence des études publiées et des différentes situations cliniques évaluées. Le groupe de pilotage peut solliciter des avis extérieurs pour renforcer la pertinence des propositions (facultatif).

La rédaction de l'argumentaire scientifique repose sur l'analyse critique et la synthèse de la littérature et sur les avis complémentaires du groupe de pilotage.

La recherche et l'analyse de la littérature sont primordiales dans le processus, ne serait ce que pour confirmer l'absence de données disponibles et identifier les consensus déjà existants.

La recherche documentaire est systématique, hiérarchisée et structurée. Le chef de projet, le président du groupe de pilotage et le ou les chargés de projet participent à l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire, réalisée par un documentaliste. Elle est effectuée sur une période adaptée au thème et mise à jour jusqu'à la publication des RBP.

Une sélection bibliographique des références selon les critères de sélection définis est effectuée par le chargé de projet, le chef de projet et le président du groupe de pilotage en amont de la première réunion du groupe de pilotage.

Chaque article retenu est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, en s'attachant d'abord à évaluer la méthode d'étude employée, puis les résultats.

L'analyse de la littérature précise le niveau de preuve des études.

► Phase de cotation

Cette phase, qui se déroule en 3 temps, permet d'identifier, par un vote en deux tours et une réunion intermédiaire avec retour d'information, les points d'accord et les points de divergence ou d'indécision entre les membres du groupe de cotation, concernant le caractère approprié des propositions soumises.

Cette phase aboutit à la sélection des propositions qui font l'objet d'un consensus au sein du groupe de cotation. Les règles de cotation et d'analyse des réponses sont définies *a priori* et transmises au groupe de cotation.

Le groupe de cotation comprend de façon optimale 9 à 15 professionnels intervenant directement dans leur pratique quotidienne auprès des personnes concernées par la recommandation.

Il faut souligner que le second tour de vote n'a pas été mis en œuvre étant donné de faible nombre d'experts présents à la réunion intermédiaire du groupe de cotation (5/14). Cependant les modifications et les nouvelles recommandations proposées par les experts présents à la réunion du groupe de cotation ont été validées par voie électronique par les experts absents.

► Phase de rédaction et gradation de la version initiale des recommandations

Le président du groupe de pilotage, en collaboration avec le chef de projet de la HAS, rédige à partir des résultats de la cotation, la version initiale des recommandations à soumettre au groupe de lecture.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS. En l'absence de publications

permettant de juger du niveau de preuve, les recommandations sont fondées sur l'accord d'experts obtenu par le processus de cotation.

► Phase de lecture

La version initiale des recommandations est soumise à un groupe de lecture indépendant qui donne un avis formalisé sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur applicabilité, leur acceptabilité et leur lisibilité.

Cette phase aboutit à la production d'un rapport d'analyse qui collige l'ensemble des cotations et commentaires des membres du groupe de lecture et, le cas échéant, des participants à la consultation publique.

Le groupe de lecture comprend 30 à 50 personnes concernées par le thème expertes ou non du sujet. Il permet d'élargir l'éventail des participants au travail en y associant des représentants des spécialités médicales, des professions non médicales ou de la société civile non présents dans les groupes de pilotage et de cotation. Les membres rendent un avis consultatif, à titre individuel par voie électronique¹³ et ne sont pas réunis. Lorsque des enjeux sociétaux participent aux divergences de pratiques ou d'opinion sur celles-ci, la HAS peut mettre en place une consultation publique pour recueillir l'avis de parties prenantes qu'elle n'a ni désignées, ni même identifiées au préalable.

► Phase de finalisation

La version finale des recommandations est rédigée au cours d'une réunion plénière, rassemblant groupe de pilotage et groupe de cotation, après analyse et discussion des cotations et commentaires du groupe de lecture.

► Validation par le Collège de la HAS

La RBP est soumise au Comité de validation des recommandations de bonne pratique pour avis et au Collège de la HAS pour validation. Ce dernier autorise par sa validation leur diffusion. À la demande du Collège de la HAS, les documents peuvent être amendés. Les participants en sont alors informés.

► Diffusion

Au terme du processus, la HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) la ou les fiches de synthèse, les recommandations et l'argumentaire scientifique.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations par consensus formalisé, se référer au guide diffusé en 2006 : « *Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé* ». Ce guide a été actualisé en 2011 et est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Gestion des conflits d'intérêts

Les participants aux différentes réunions ont communiqué leurs déclarations d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du *Guide des déclarations d'intérêts et de gestions des conflits d'intérêts* et prises en compte en vue d'éviter les conflits d'intérêts. Les déclarations des membres du groupe de pilotage ont été jugées compatibles avec leur participation à ce groupe par le comité de gestion des conflits d'intérêts.

Le guide et les déclarations d'intérêts des participants au projet sont consultables sur le site de la HAS : www.has-sante.fr.

Actualisation

L'actualisation de cette recommandation de bonne pratique sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.

¹³ Utilisation de l'outil informatique GRaAL (Gestion rationalisée des avis de lecture) disponible sur le site de la HAS

Annexe 2. Recherche documentaire

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de pilotage, de cotation et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► Sources d'information et bases de données bibliographiques

La recherche documentaire sur les bases de données bibliographiques automatisées a porté sur la période de janvier 2000 à février 2010. Une veille a été réalisée jusqu'en passage au Collège de la HAS.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : la base de données Medline ;
- pour la littérature francophone : la base de données Pascal et la Banque de données en santé publique ;
- la *Cochrane Library* ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- les sources spécialisées en épidémiologie, économie, éthique, réglementation... (selon les thèmes).

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

► Stratégie de recherche

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Une présentation synthétique sous forme de tableau (cf. tableau 6) reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de :

- nombre de références identifiées : 1 849 ;
- nombres de références analysées : 319 ;
- nombre de références retenues : 92.

Le tableau 6 présente la stratégie de recherche dans la base de données Medline. Dans ce tableau, des références doublons peuvent être présentes entre les différents thèmes et/ou types d'études.

Tableau 6. Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Hospitalisation à domicile en obstétrique et gynécologie			
– Recommandations		01/2000 – 02/2010	40
Étape 1	<i>Pregnancy</i> [mesh] OR <i>perinatal care</i> [mesh] OR <i>perinatal period</i> [tiab] OR <i>perinata</i> [tiab] OR <i>obstetric labor complications</i> [mesh] OR <i>pregnancy complications</i> [mesh] OR <i>obstetric labor, premature</i> [mesh] OR <i>postnatal care</i> [mesh] OR <i>postnatal period</i> [tiab] OR <i>postnata</i> [tiab] OR <i>postpartum</i> [tiab] OR <i>postpartum</i> [tiab] OR <i>preterm labor</i> [tiab] OR <i>premature labor</i> [tiab] OR <i>maternal health services</i> [mesh] OR <i>pregnancy, high risk</i> [mesh] OR <i>pregnanc*</i> [tiab] OR <i>prenata</i> [tiab] OR <i>obstetric*</i> [tiab]		
ET Étape 2	<i>Home care services</i> [mesh] OR <i>home nursing</i> [mesh] OR <i>home visiting</i> [tiab] OR <i>home visit*</i> [tiab] OR <i>home based</i> [tiab] OR <i>home follow up</i> [tiab] OR <i>home nursing</i> [tiab] OR <i>home visitation</i> [tiab] OR <i>home care</i> [tiab] OR <i>home hospital*</i> [tiab] OR <i>nursing surveillance</i> OR <i>care at home</i> [tiab] OR <i>support home</i> [tiab] OR <i>support at home</i> [tiab]		
ET Étape 3	<i>(guidelines as topic</i> OR <i>practice guidelines as topic</i> OR <i>health planning guidelines</i> OR <i>consensus development conferences as topic</i> OR <i>consensus development conferences, NIH as topic</i>)/de OR <i>(practice guideline</i> OR <i>guideline</i> OR <i>consensus development conference</i> OR <i>consensus development conference, NIH</i>)/type de publication OR <i>(recommendation*</i> OR <i>guideline*</i>)/ti		
– Méta-analyses et revues systématiques		01/2000 02/2010	175
Étape 1 ET Étape 2			
ET Étape 4	<i>meta-analysis as topic</i> /de OR <i>meta-analysis</i> /type de publication OR <i>(meta-analysis</i> OR <i>meta analysis</i> OR <i>meta analysis</i> OR <i>systematic* review*</i>)/ti		
– Essais contrôlés		01/2000 02/2010	330
Étape 1 ET Étape 2			
ET Étape 5	<i>(controlled clinical trials as topic</i> OR <i>randomized controlled trials as topic</i> OR <i>single-blind method</i> OR <i>double-blind method</i> OR <i>random allocation</i> OR <i>cross-over studies</i>)/de OR <i>(controlled clinical trial</i> OR <i>randomized controlled trial</i>)/type de publication OR <i>random*</i> /ti		
– Études de cohortes		01/2000 02/2010	263
Étape 1 ET Étape 2			
ET Étape 6	<i>(cohort studies</i> OR <i>longitudinal studies</i> OR <i>follow-up studies</i> OR <i>prospective studies</i>)/de OR <i>(cohort study</i> OR <i>cohort studies</i>)/ti		
– Autres types d'études		01/2000 – 02/2010	228
Étape 1 ET Étape 2			
SAUF	Étape 3 OR Étape 4 OR Étape 5 OR Étape 6 OR Étape 7		

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

► **Sites consultés**

- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Bibliothèque interuniversitaire de médecine - BIUM
- Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMef
- Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques – CEDIT
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES
- Évaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) - ETSAD
- Expertise collective - Inserm
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile - FNEHAD
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé - IRDES

- Institut de veille sanitaire - InVS
- Ministère de la Santé et des Sports
- Société française de médecine générale - SFMG

- *Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee* - BFMED
- *Adelaide Health Technology Assessment* - AHTA
- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé - AETMIS
- *Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ
- *Alberta Heritage Foundation for Medical Research* - AHFMR
- *Alberta Medical Association*
- *American College of Physicians* - ACP
- *Blue Cross Blue Shield Association* - BCBS - *Technology Evaluation Center*
- *BMJ Clinical Evidence*
- *California Technology Assessment Forum* - CTAF
- *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* - CADTH
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé - KCE
- Centre for Clinical Effectiveness - CCE
- *Centre for Reviews and Dissemination databases*
- *Clinical Knowledge Summaries*
- *CMA Infobase*
- *Cochrane Library*
- *College of Physicians and Surgeons of Alberta* - CPSA
- *Development and Evaluation Committee* - DEC (ex NCCHTA : rapports de 1995 à 2000)
- Euroscan
- *Guideline Advisory Committee* - GAC
- *Guidelines and Protocols Advisory Committee* - GPAC
- *Guidelines International Network* - GIN
- *Guidelines Finder (National Library for Health)*
- *Health Services Technology Assessment Text* - HSTAT
- *Horizon Scanning*
- *Institute for Clinical Evaluative Sciences* - ICES
- *Institute for Clinical Systems Improvement* - ICSI
- *Institute for Health Economics Alberta* - IHE
- *Intute Health & Life Sciences* - INTUTE
- *Medical Services Advisory Committee* - MSAC
- *Minnesota Department of Health – Health Technology Advisory Committee* (jusqu'à 2002) - HTAC
- *National Coordinating Centre for Health Technology Assessment* - NCCHTA
- *National Guideline Clearinghouse* - NGC
- *National Health and Medical Research Council* - NHMRC
- *National Heart, Lung and Blood Institute* - NHLBI
- *National Horizon Scanning Centre* - NHSC
- *National Institute for Health and Clinical Excellence* - NICE
- *New Zealand Guidelines Group* - NZGG
- *New Zealand Health Technology Assessment* - NZHTA
- *Ontario Health Technology Advisory Committee* - OHTAC
- *Registered Nurses Association of Ontario* - RNAO
- *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* - RCOG
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* - SIGN
- *Singapore Ministry of Health*
- *Société des obstétriciens et gynécologues du Canada* - SOGC
- *Tripdatabase*
- *Veterans Affairs Technology Assessment Program*
- *Veterans affairs, Dep. of Defense Clinical practice guidelines*
- *West Midlands Health Technology Assessment Collaboration* – WMHTA

► **Veille**

En complément, une veille a été réalisée jusqu'au passage en Collège (jusqu'à avril 2011) sur les sites Internet énumérés ci-dessus.

Une mise à jour a été effectuée sur Medline jusqu'au passage en Collège (jusqu'à avril 2011).

Les sommaires des revues suivantes ont été examinés tout au long du projet :

British Medical Journal (BMJ), Journal of the American Medical Association (JAMA), The Lancet, The New England Journal of Medicine, la presse quotidienne médicale, paramédicale et l'Agence Presse Médicale (APM).

Annexe 3. 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 foetal : Oui - Non

Sérologie	Date	Résultat		A refaire le	Groupe RH
RAI		+	-		Transfusion : oui – non Rhophylac® : oui - non
BW		+	-		
Toxo		+	-		
Rubéole		+	-		
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. Fréquence :
Prélèvements sanguins (à préciser) :

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 4. 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 :	Adresse :	
	Code :	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)g			Poids de sortie (Pds S).....g	
jumeaux J1 Pds N :g	Pds S.....g	et J2 Pds N.....g	Pds S.....g	
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 5. Tableau récapitulatif des situations pathologiques pouvant relever d'une 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-psychosociaux (*)	—

(*) Situation associée à une indication médicale

Annexe 6. 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 post-partum</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 7. Tableau récapitulatif des situations pouvant relever de l'HAD en l'absence d'offre de soins alternative

		Situations 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 8. Propositions de protocoles de suivi par situation pathologique pouvant relever d'une HAD au cours de l'*antepartum*

ALAT : alanineamino transférase ; 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	- 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	- 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	Plurihebdomadaire ou quotidienne
Contenu des visites	- 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	- 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	Plurihebdomadaire 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 Facteurs de risque additionnels : 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 9. Propositions de protocoles de suivi par situation pathologique pouvant relever d'une HAD au cours du *post-partum*

Soins post-césarienne	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire 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 - Conseils de puériculture, surveillance clinique notamment pondérale du nouveau-né
Complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité	Complications nécessitant un avis chirurgical

Dépression du <i>post-partum</i>	
Fréquence des visites	Plurihebdomadaire, 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 10. Propositions de protocoles de suivi par situation pouvant relever d'une 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 assurer le suivi d'une menace d'accouchement prématuré, d'un *placenta prævia* en situation stable, ou 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	Quotidiennes 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 11. Questionnaire d'évaluation d'un état dépressif : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

selon Cox JL et al. (1987) (100), traduite en français et validée par Guédeney N (1995) (101).

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.

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.

Annexe 12. Résultats des cotations individuelles du groupe de cotation (1^{er} tour)

Libellé de la première version des propositions de recommandations	Nombre de votes par zone de cotation			Minimum	Maximum	Médiane
	1 à 3 Rejet	4 à 6 Indécision	7 à 9 Accord			
<p>Proposition 1. Avis favorable avec accord fort D'après l'article L 6121-4 du Code de la santé publique, l'HAD est une des alternatives à l'hospitalisation, tout comme l'hospitalisation à temps partiel ou la chirurgie ambulatoire. Par ce rattachement explicite aux soins pratiqués en hospitalisation, les prestations que les structures d'HAD dispensent se distinguent donc clairement de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. L'HAD a pour objectif d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.</p> <p>Les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer des soins sur le lieu de vie du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de nature à la fois médicale et paramédicale ; • pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient ; • de manière continue et coordonnée (l'HAD doit assurer la continuité des soins 24 h/24 et 7 j/7). • Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité, la technicité et la fréquence des actes. 			12	7	9	9
<p>Proposition 2. Avis favorable avec accord fort La prise en charge en HAD est soumise à prescription médicale. Dans la plupart des cas, c'est un médecin hospitalier qui prescrit l'HAD : 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>Cette proposition doit être acceptée par le coordonnateur de l'HAD.</p> <p>La faisabilité de la prise en charge doit être vérifiée (notamment en termes de disponibilité et d'accès au domicile).</p>			13	7	9	9
<p>Proposition 3. Avis favorable avec accord fort La patiente doit toujours pouvoir être retransférée en urgence vers l'établissement d'origine, sur demande du personnel effectuant les visites à domicile, en accord avec le coordonnateur de l'HAD et le médecin de garde dans l'établissement d'origine.</p>			13	8	9	9
<p>Proposition 4. Avis favorable avec accord relatif Des modèles de fiches de demande d'admission, respectivement en <i>ante</i> et en <i>post-partum</i> pathologique, sont proposés en annexes 3 et 4. Ces fiches permettent la transmission de données essentielles à une bonne continuité de prise en charge. Elles doivent comporter au minimum :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	1	1	12	3	9	9

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

<ul style="list-style-type: none"> un compte rendu de l'hospitalisation post-partum, mentionnant en particulier d'éventuelles difficultés d'allaitement, l'état du périnée, d'une cicatrice de césarienne et d'éventuelles difficultés psychiques ou psychologiques les résultats d'éventuels examens complémentaires (taux d'hémoglobulines, bilan infectieux...) les traitements en cours. 						
<p>Proposition 5. Avis favorable avec accord fort Il est important que soient précisées dans chaque dossier :</p> <ul style="list-style-type: none"> la procédure de permanence (accueil téléphonique) les modalités de retour en hospitalisation conventionnelle si nécessaire. 			14	7	9	9
<p>Proposition 6. Avis favorable avec accord fort 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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> la patiente doit résider dans le périmètre géographique du réseau HAD concerné ; 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 présente une bonne compréhension, soit compliant et adhère au protocole de soins ; l'admission en HAD est soumise à contractualisation. 		1	13	6	9	9
<p>Proposition 7. Avis favorable avec accord relatif La sortie contre avis médical du service d'hospitalisation conventionnelle n'est pas une contre-indication à l'HAD mais doit néanmoins être organisée avec la maternité d'origine et assortie de prescriptions. L'équipe médicale doit cependant tout mettre en œuvre pour maintenir la patiente à l'hôpital.</p>	1	2	9	2	9	8.5
<p>Proposition 8. Avis favorable avec accord fort La fréquence d'une prise en charge en HAD est plurihebdomadaire : au minimum une fois par semaine, au maximum quotidienne.</p>		1	11	5	9	9
<p>Proposition 9. Avis favorable avec accord fort Les modalités d'intervention en HAD répondent à des protocoles précis et prédéfinis. Concernant la surveillance d'une grossesse à risque, le plan des protocoles sera standardisé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fréquence des visites Contenu des visites : <p>Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux Examen clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> Enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) Prélèvements supplémentaires au suivi prénatal 			11	8	9	9

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

<ul style="list-style-type: none"> • Complications maternelles et ou fœtales indiquant un retour en maternité • Possibilité de prise en charge du transport en cas d'échographies supplémentaires au suivi prénatal usuel. 						
<p>Proposition 10. Avis favorable avec accord fort 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 <i>antepartum</i>. Des protocoles de prise en charge ont été proposés. Les complications maternelles et/ou fœtales indiquant un retour en maternité ont été systématiquement précisées. Les contre-indications à une HAD en <i>antepartum</i> pathologique seront abordées au cas par cas.</p>		1	11	6	9	9
<p>Proposition 11. Avis favorable avec accord fort Les formes sévères d'hypertension artérielle (HTA) et la pré-éclampsie ne sont pas du ressort de l'HAD et justifient une hospitalisation conventionnelle dans un environnement périnatal adapté (accord d'experts).</p>			10	9	9	9
<p>Proposition 12. Avis favorable avec accord fort L'HAD est une alternative en cas d'HTA gravidique modérée (PAS < 160 mmHg, PAD < 110 mmHg) et isolée (sans protéinurie) associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile) n'indiquant pas une hospitalisation conventionnelle et/ou en cas d'antécédents notables (mort fœtale <i>in utero</i>, hématome rétroplacentaire, éclampsie, prématurité induite) (grade B).</p>			10	7	9	9
<p>Proposition 13. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des visites déterminée au cas par cas par le prescripteur : au minimum hebdomadaire, au maximum quotidienne • Contenu des visites : Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs épigastriques, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux Examen clinique : pression artérielle, œdème rapidement progressif Albuminurie semi-quantitative (bandelette urinaire) Enregistrement du RCF • Prélèvements sanguins hebdomadaires : numération globulaire, plaquettes, ASAT, ALAT • Protéinurie/24 heures si albuminurie positive à la bandelette urinaire • Vérification des résultats biologiques et d'éventuelles échographies supplémentaires 		1	19	5	9	8
<p>Proposition 14. Avis favorable avec accord fort Symptômes anormaux (précédemment énumérés)</p> <ul style="list-style-type: none"> • HTA sévère • Apparition d'une pré-éclampsie • Anomalies du RCF • Cassure de la courbe de croissance fœtale • Anomalie du Doppler ombilical 			9	9	9	9
<p>Proposition 15 . Avis favorable avec accord fort Il n'est pas recommandé d'effectuer un monitoring du RCF en cas de diabète gestationnel quel qu'en soit le traitement (accord d'experts).</p>			10	7	9	9

<p>Proposition 16. Avis favorable avec accord fort Un monitoring fœtal sera réalisé à partir de 32 SA en cas de diabète préalable ou de facteurs de risque additionnels : obésité, HTA chronique, RCIU, pathologie vasculaire placentaire (grade C).</p>	1	9	5	9	9
<p>Proposition 17. Avis favorable avec accord fort Si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies enregistrées à 7, 14 et 30 jours à partir d'un lecteur supérieure à 1,50 g/l), le risque de mort fœtale <i>in utero</i> augmente. Malgré l'absence de consensus, 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).</p>	1	9	4	9	9
<p>Proposition 18. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des visites déterminée au cas par cas par le prescripteur : pluri-hebdomadaire ou quotidienne • Contenu des visites : <p>Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : vomissements, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux Examen clinique : pression artérielle Vérification de l'atteinte des objectifs glycémiques et des glycémies moyennes chez les patientes munies d'un lecteur à mémoire Enregistrement du RCF Bandelette urinaire : cétonurie en cas de glycémie > 2,00 g/l</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prélèvements sanguins hebdomadaires : aucun • Cétonurie si glycémie capillaire > 2,00 g/l, ou en cas de fièvre ou de vomissement. 		10	7	9	9
<p>Proposition 19. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes anormaux (précédemment énumérés) • Apparition d'une HTA • Glycémies moyennes > 1,50 g/l • Anomalies du RCF 		9	7	9	9
<p>Proposition 20. Avis favorable avec accord fort En l'absence de complications, un enregistrement du RCF est proposé à partir de 32-34 SA (accord d'experts).</p>		5	5	9	9
<p>Proposition 21. Avis favorable avec accord fort Ce suivi peut être intensifié en cas de facteurs de risque additionnels (accord d'experts) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • antécédents notables (mort fœtale <i>in utero</i>, pré-éclampsie) ; • néphropathie, présence d'anticorps antiphospholipides ; • anomalies de la grossesse en cours : RCIU, anomalies des enregistrements échographiques avec Doppler à l'artère ombilicale. 		6	9	9	9
<p>Proposition 22. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des visites déterminée au cas par cas par le prescripteur : pluri-hebdomadaire ou quotidienne • Contenu des visites : <p>Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs épigastriques,</p>	1	7	5	9	9

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

<p>vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux Examen clinique : pression artérielle, signes cliniques de thrombose veineuse profonde, œdème rapidement progressif Albuminurie semi-quantitative (bandelette urinaire) Enregistrement du RCF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prélèvements sanguins, au cas par cas, selon prescription médicale • Contrôle des résultats échographiques (hebdomadaires en cas de RCIU) et des examens sanguins • Vérification des résultats d'éventuelles échographies supplémentaires 						
<p>Proposition 23. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes anormaux • HTA sévère • Apparition d'une pré-éclampsie • Anomalies du RCF • Cassure de la courbe de croissance fœtale • Anomalie du Doppler ombilical 			8	9	9	9
<p>Proposition 24. Avis favorable avec accord fort</p> <p>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).</p>		1	6	5	9	9
<p>Proposition 25. Avis favorable avec accord fort</p> <p>En cas d'antécédent notable (HRP, MFIU) ou de complications lors de la grossesse en cours (RCIU), le recours à l'HAD sera indiqué selon la situation (cf. <i>infra</i>).</p>		1	7	6	9	9
<p>Proposition 26. Avis favorable avec accord fort</p> <p>En cas d'HAD chez une patiente ayant une thrombophilie génétique, les points suivants seront vérifiés (accord d'experts) :</p> <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 : <p>Contrôle de l'efficacité d'un traitement curatif (activité anti-Xa) selon prescriptions Contrôle de la tolérance (numération globulaire, plaquettes), selon prescriptions</p>			6	7	9	9
<p>Proposition 27. Avis favorable avec accord fort</p> <p>En cas d'indication médicale, maternelle ou fœtale, d'une HAD en <i>antepartum</i> chez une patiente souffrant d'une pathologie psychiatrique non décompensée mais sans rupture de suivi, une interaction efficace doit être établie entre les différents acteurs : psychiatres, psychologues exerçant au sein de la protection maternelle et infantile (PMI), du centre médico-psychologique (CMP), gynécologues-obstétriciens, pédiatres, assistantes sociales et l'HAD (accord d'experts).</p>		3	9	5	9	9
<p>Proposition 28. Avis favorable avec accord relatif</p> <p>Une fragilité de la construction de la relation mère-enfant peut aussi être une indication d'HAD <i>antepartum</i> pour évaluer la patiente dans son environnement et assurer une prise en charge relais avec les autres</p>	2	2	8	1	9	8,5

acteurs (accord d'experts).						
Proposition 29. Avis favorable avec accord relatif Il est difficile d'établir un protocole : soit il existe une indication d'HAD en <i>antepartum</i> du fait d'une complication de la grossesse et l'HAD est alors un des maillons du réseau pluridisciplinaire prenant en charge la patiente ; soit il n'existe pas d'indication « obstétricale » à l'HAD, et l'évaluation de la patiente dans son environnement est plutôt du ressort de la PMI que de l'HAD.		2	9	4	9	9
Proposition 30. Avis favorable avec accord fort En fonction de la situation obstétricale (cf. questions spécifiques) <ul style="list-style-type: none"> Toute décompensation doit faire l'objet d'une hospitalisation en urgence dont le lieu est à définir au préalable, au cas par cas avec les psychiatres et les gynécologues-obstétriciens. 		1	11	6	9	9
Proposition 31. Avis favorable avec accord relatif Malgré l'absence de recommandations internationales relatives à la surveillance fœtale, la cholestase gravidique peut relever de l'HAD <i>antepartum</i> (accord d'experts).		3	5	5	8	8
Proposition 32. Avis favorable avec accord relatif <ul style="list-style-type: none"> Fréquence des visites déterminée au cas par cas par le prescripteur : pluri-hebdomadaire ou quotidienne Contenu des visites : Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : céphalées, douleurs abdominales, vomissements, métrorragies, contractions utérines, diminution des mouvements actifs fœtaux Examen clinique : pression artérielle Albuminurie semi-quantitative (bandelette urinaire) Enregistrement du RCF Prélèvements sanguins hebdomadaires: ASAT, acides biliaires à jeun Contrôle des résultats d'échographie Vérification des résultats d'éventuelles échographies supplémentaires 		1	7	5	9	8,5
Proposition 33. Avis favorable avec accord fort <ul style="list-style-type: none"> Symptômes anormaux Diminution des mouvements actifs fœtaux Apparition d'une HTA Anomalies du RCF 			9	8	9	9
Proposition 34. Avis favorable avec accord relatif Un antécédent de prématurité ne justifie pas une HAD antepartum ni le recours au monitoring des contractions utérines à domicile (grade B).	1		10	3	9	9
Proposition 35. Avis favorable avec accord fort Au décours d'une menace d'accouchement prématuré (cf. infra) : <ul style="list-style-type: none"> un relais à l'hospitalisation conventionnelle est souhaitable ; le recours à l'HAD ou à une sage femme libérale préalablement avisée peut être envisagé en fonction des ressources locales (accord d'experts). le monitoring à domicile des contractions utérines n'est pas justifié (grade A) 		1	9	5	9	9

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

<ul style="list-style-type: none"> en l'absence d'autres facteurs de risque, la prise en charge HAD sera interrompue à 36-37 SA (accord d'experts). 						
<p>Proposition 36. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> Fréquence des visites : hebdomadaire Contenu des visites : 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. 	1		8	3	9	9
<p>Proposition 37. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> Symptômes anormaux (précédemment cités) Rupture prématurée des membranes 			11	7	9	9
<p>Proposition 38. Avis favorable avec accord relatif</p> <p>En cas d'antécédent de mort fœtale in utero (MFIU) inexpliquée, une prise en charge en HAD est indiquée (accord d'experts).</p>	2	1	8	2	9	8
<p>Proposition 39. Avis favorable avec accord relatif</p> <p>La surveillance recommandée comprend (grade C) :</p> <ul style="list-style-type: none"> une échographie mensuelle de la croissance fœtale à partir de 28 SA, le compte des mouvements actifs fœtaux, l'enregistrement du RCF hebdomadaire ou bihebdomadaire à partir de 32 SA et/ou 1 à 2 semaines avant l'accident préalable. 	1	2	6	1	9	8
<p>Proposition 40. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> Fréquence des visites déterminée au cas par cas par le prescripteur : pluri-ebdomadaire voire quotidienne Contenu des visites : Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : contractions utérines, métrorragies, diminution des mouvements actifs fœtaux Examen clinique : pression artérielle Enregistrement du RCF plurihebdomadaire voire quotidien à partir de 32 SA Prélèvements sanguins : aucun Vérification des résultats des échographies supplémentaires (à partir de 28 SA) 			9	7	9	9
<p>Proposition 41. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> Symptômes anormaux Diminution des mouvements actifs fœtaux Apparition d'une HTA Anomalies du RCF 			9	9	9	9

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

<p>Proposition 42. Avis favorable avec accord fort Un antécédent d'hématome rétroplacentaire (HRP) sans pathologie associée n'est pas une indication d'HAD <i>antepartum</i> faute d'intervention efficace à mettre en œuvre (accord d'experts).</p>			10	7	9	9
<p>Proposition 43. Avis favorable avec accord fort En l'absence de facteur de risque additionnel, l'HAD n'est pas indiquée en <i>antepartum</i> pour les grossesses gémellaires (grade C).</p>			11	7	9	9
<p>Proposition 44. Avis favorable avec accord fort Le RCIU sévère ne relève pas de l'HAD (accord d'experts).</p>			9	8	9	9
<p>Proposition 45. Avis favorable avec accord fort Le RCIU modéré (5-10^e percentile) est une indication d'HAD (accord d'experts).</p>		1	8	5	9	9
<p>Proposition 46. Avis favorable avec accord fort 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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). 			9	7	9	9
<p>Proposition 47. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des visites déterminée au cas par cas par le prescripteur : pluri-ebdomadaire ou quotidienne • Contenu des visites : <p>Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : contractions utérines, métrorragies, diminution des mouvements actifs fœtaux Examen clinique : pression artérielle Enregistrements du RCF selon prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prélèvements sanguins : aucun • Vérification des résultats d'éventuelles échographies supplémentaires 			9	7	9	9
<p>Proposition 48. Avis favorable avec accord fort</p> <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 			9	9	9	9
<p>Proposition 49. Avis favorable avec accord fort Au décours d'une hospitalisation pour <i>placenta praevia</i> qui a saigné et ne saigne plus, la prise en charge à</p>			10	9	9	9

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

domicile peut être envisagée dans les conditions suivantes : situation stable, aide à domicile, proximité de l'hôpital, téléphone, transport rapide à l'hôpital (grade C).						
Proposition 50. Avis favorable avec accord fort Une récurrence hémorragique impose le retour en maternité (accord d'experts).			11	9	9	9
Proposition 51. Avis favorable avec accord fort <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des visites : hebdomadaire ou plurihebdomadaire au cas par cas • Contenu des visites : Questionnaire ciblé à la recherche de symptômes anormaux : contractions utérines, métrorragies, écoulement de liquide amniotique, diminution des mouvements actifs fœtaux Examen clinique : pression artérielle <ul style="list-style-type: none"> • Prélèvements sanguins hebdomadaires : aucun • Echographie : aucune 		1	8	6	9	9
Proposition 52. Avis favorable avec accord fort <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes anormaux • Métrorragies • Rupture prématurée des membranes 			9	9	9	9
Proposition 53. Avis favorable avec accord relatif En cas de rupture prématurée des membranes avant terme et une fois la viabilité atteinte, les conditions d'éligibilité à un éventuel retour à domicile sont rarement remplies et surtout la sécurité d'un suivi à domicile n'a pas été établie (grade C).	1	3	5	1	9	7
Proposition 54. Avis favorable avec accord relatif Dans ces conditions, l'HAD n'est pas recommandée en cas de rupture prématurée des membranes une fois la viabilité atteinte (accord d'experts).	3	1	6	1	9	8
Proposition 55. Avis favorable avec accord relatif En cas d'indication médicale maternelle ou fœtale d'une HAD <i>antepartum</i> chez une patiente ayant des problèmes psychosociaux, une interaction efficace doit être établie entre les différents acteurs : réseau ville-hôpital, protection maternelle et infantile (PMI), obstétriciens, pédiatres, assistantes sociales, et l'HAD.	1	1	10	3	9	9
Proposition 56. Avis favorable avec accord relatif Une fragilité de la construction de la relation mère-enfant peut aussi être une indication d'HAD <i>antepartum</i> . Elle trouve aussi sa légitimité en l'attente d'une prise en charge relais (par exemple par la PMI) ou pour des sorties précoces de la maternité quand le réseau libéral local n'a pas la capacité de cette prise en charge.	1	1	11	2	9	9
Proposition 57. Avis favorable avec accord relatif Le <i>post-partum</i> physiologique étant exclu de ce travail, les indications de l'HAD en <i>post-partum</i> sont les pathologies organiques nécessitant des soins médicaux ou paramédicaux, et les circonstances de détresse psychosociales concernant la mère et l'enfant, en attendant que le relais soit pris par les équipes qui assureront la prise en charge au long cours. Parmi ces indications, un certain nombre de pathologies « transitoires » comme les difficultés d'allaitement,		2	12	4	9	9

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

les soins de paroi ou du périnée, les difficultés à assurer les premiers soins à l'enfant, peuvent faire l'objet d'une HAD, surtout si la sortie de la maternité est précoce, ce qui est la tendance actuelle dans beaucoup d'établissements.						
Proposition 58. Avis favorable avec accord fort La durée de l'HAD <i>post-partum</i> est actuellement limitée à J12 après un accouchement normal et J21 après une césarienne, avec au minimum 5 visites en 10 jours. Ceci a paru au groupe de travail extrêmement rigide et non adapté à certaines indications ; en effet, la prise en charge de soins de paroi d'une césarienne peut être réalisée en 2 ou 3 visites, alors que celle d'une femme toxicomane ou dépressive nécessite souvent une prise en charge en HAD prolongée au-delà des premières semaines du <i>post-partum</i> .			13	7	9	9
Proposition 59. Avis favorable avec accord fort <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 	1	12	4	9	9	
Proposition 60. Avis favorable avec accord fort <ul style="list-style-type: none"> • Collection nécessitant un drainage chirurgical, • Absence de reprise du transit intestinal, • Fièvre inexplicée. 			9	8	9	9
Proposition 61. Avis favorable avec accord fort <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de l'HAD : sage-femme ou infirmière et médecin • Fréquence des visites : au cas par cas, pluri-hebdomadaire ou quotidienne • Contenu des visites : 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 			9	7	9	9
Proposition 62. Avis favorable avec accord fort <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre maternelle • Complication pariétale nécessitant un avis chirurgical • Suspicion de phlébite ou embolie pulmonaire 			10	9	9	9
Proposition 63. Avis favorable avec accord fort <ul style="list-style-type: none"> • Cicatrisation difficile (collection, inflammation, hématome) • Incapacité de la patiente à réaliser les soins locaux quotidiens • Thrombus vaginal traité • Périnée complet compliqué ou non 			9	8	9	9

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

<ul style="list-style-type: none"> Difficultés sphinctériennes, notamment nécessité d'autosondage vésical 						
<p>Proposition 64. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> Acteurs de l'HAD : sage-femme ou infirmière et médecin Fréquence des visites : au cas par cas, pluri-hebdomadaire ou quotidienne Contenu des visites : Soins locaux (désinfection, irrigation) Dépistage des complications infectieuses, hémorragiques et thrombotiques Conseils d'hygiène Traitement d'une éventuelle constipation associée 			9	7	9	9
<p>Proposition 65. Avis favorable avec accord fort</p> <p>Complications nécessitant un avis chirurgical</p>			11	7	9	9
<p>Proposition 66. Avis favorable avec accord fort</p> <p>Prolongation de la surveillance, surtout en cas de sortie précoce, pour les femmes à risque important de DDP (antécédent dépressif, mère isolée, stress important lié en particulier à une pathologie maternelle ou néonatale) ; en cas de symptômes dépressifs, un avis spécialisé sera demandé et un suivi au long cours mis en place.</p>		1	11	5	9	9
<p>Proposition 67. Avis favorable avec accord relatif</p> <p>Soutien matériel et psychologique chez les femmes présentant des signes dépressifs en <i>post-partum</i>, dépistés par un interrogatoire ciblé, en attendant que le relais soit pris par une équipe de psychologues et/ou de psychiatres</p>	1		10	2	9	9
<p>Proposition 68. Avis favorable avec accord relatif</p> <p>Risque suicidaire ou d'infanticide important</p>	1		11	1	9	9
<p>Proposition 69. Avis favorable avec accord relatif</p> <ul style="list-style-type: none"> Acteurs de l'HAD : sage-femme, éventuellement psychologue voire infirmier psychiatrique si la structure en dispose Fréquence des visites : plurihebdomadaire, idéalement pendant une durée prolongée si la pathologie n'a pas été anticipée en antepartum et que les structures relais de prise en charge au long cours ne soient pas mises en place rapidement Contenu des visites : Aide et conseils pour les soins d'hygiène maternels et la prise en charge du nourrisson Évaluation de la relation mère-enfant et dépistage des défauts de soins éventuels Entretiens avec la mère et si possible le père pour repérer des signes de dépression sévère ou de psychose puerpérale (cités plus haut) 		3	8	4	9	9
<p>Proposition 70. Avis favorable avec accord relatif</p> <p>Signes de décompensation psychiatrique</p>	1	1	9	1	9	9

<p>Proposition 71. Avis favorable avec accord relatif L'HAD peut être recommandée pour favoriser la poursuite de l'allaitement maternel pour les femmes souhaitant allaiter leur enfant et ayant au moins l'un des facteurs de risque suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • âge maternel ; • primiparité ; • antécédents de difficultés d'allaitement ; • grossesses multiples ; • pathologie néonatale pouvant interférer avec l'allaitement (prématurité, hypotrophie, cardiopathie, fente labiale et/ou palatine, infection) ; • difficultés à l'allaitement rencontrées lors de l'hospitalisation en maternité (montée de lait non encore faite, difficulté de positionnement). 	1		11	2	9	9
<p>Proposition 72. Avis favorable avec accord relatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de l'HAD : sage-femme • Fréquence des visites : visites quotidiennes pendant la montée laiteuse puis plus espacées • Contenu des visites : <p>Conseils d'hygiène des mamelons Apprentissage du bon positionnement du nouveau-né 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 Massages et traitement d'un engorgement si nécessaire</p>	2	1	9	2	9	9
<p>Proposition 73. Avis favorable avec accord relatif Complication mammaire nécessitant un avis spécialisé</p>	1	2	8	3	9	9
<p>Proposition 74. Avis favorable avec accord relatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes • Femmes isolées sans soutien familial ni affectif (notamment patientes étrangères résidant depuis peu en France) • Patientes dépendantes d'une drogue ou de l'alcool, dans le cadre 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 		1	11	6	9	9
<p>Proposition 75. Avis favorable avec accord relatif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de l'HAD : sage-femme, éventuellement psychologue voire diététicienne si la structure en dispose • Fréquence des visites : plurihebdomadaire, idéalement pendant une durée prolongée si la pathologie n'a pas été anticipée en antepartum et que les structures relais de prise en charge au long cours ne soient pas mises en place rapidement • Contenu des visites : <p>Aide et conseils pour les soins d'hygiène maternels et la prise en charge du nourrisson</p>	1	1	10	1	9	9

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

Évaluation de la relation mère-enfant et dépistage des défauts de soins éventuels Éducation à la contraception et accompagnement d'un allaitement maternel le cas échéant						
Proposition 76. Avis favorable avec accord relatif <ul style="list-style-type: none"> • Pathologie maternelle ou néonatale nécessitant un avis spécialisé • Signes dépressifs maternels sévères 	1		10	1	9	9
Proposition 77. Avis favorable avec accord relatif L'HAD obstétricale peut être proposée aux femmes dont le ou les enfants nécessitent une surveillance particulière et en particulier : <ul style="list-style-type: none"> • les grossesses multiples ; • l'hypotrophie modérée ; • la prématurité modérée (35-37 SA) ; • l'absence de ré-ascension de la courbe pondérale à la sortie de la maternité ; • l'ictère néonatal peu sévère. 		1	8	6	9	9
Proposition 78. Avis favorable avec accord relatif <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs de l'HAD : sage-femme, éventuellement puéricultrice • Fréquence des visites : au cas par cas, quotidienne ou plurihebdomadaire • Contenu des visites : Aide et conseils pour les soins d'hygiène maternels et la prise en charge du nourrisson Accompagnement d'un allaitement maternel ou non Évaluation de la relation mère-enfant Recherche clinique d'un ictère, voire mesure percutanée de la bilirubinémie si la structure dispose du matériel Prélèvements sanguins éventuels chez le nourrisson Pesée sur prescription médicale		1	8	4	9	9
Proposition 79. Avis favorable avec accord relatif <ul style="list-style-type: none"> • Absence de prise pondérale • Augmentation de la bilirubinémie ou aggravation d'un ictère clinique • Pathologie néonatale justifiant un avis spécialisé 	2		7	1	9	9
Proposition 80. Avis favorable avec accord fort 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.			10	7	9	9
Proposition 81. Avis favorable avec accord fort En fonction des ressources médicales et paramédicales disponibles et du mode d'organisation de l'HAD, les indications suivantes peuvent être prises en charge : <ul style="list-style-type: none"> • la pathologie thromboembolique récente ; 			9	7	9	9

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

<ul style="list-style-type: none"> le diabète insulinodépendant 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. 						
<p>Proposition 82. Avis favorable avec accord fort</p> <ul style="list-style-type: none"> Acteurs de l'HAD : sage-femme ou infirmière et médecin, voire diététicienne Fréquence des visites : au cas par cas, plurihebdomadaire le plus souvent Contenu des visites : <p>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</p>			9	7	9	9
<p>Proposition 83. Avis favorable avec accord fort</p> <p>Aggravation de la pathologie justifiant l'HAD</p>			9	8	9	9

Références bibliographiques

1. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Rapport d'activité de la FNEHAD 2009-2010. Regards sur l'hospitalisation à domicile. Paris: FNEHAD; 2010. http://www.fnehad.fr/dl/2010/07/ra-court-fnehad_20092010_vd.pdf
2. Saudan P, Brown MA, Buddle ML, Jones M. Does gestational hypertension become pre-eclampsia? *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105(11):1177-84.
3. Meher S, Abalos E, Caroli G. Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;Issue 4:CD003514.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 33. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 2002;99(1):159-67.
5. Diabetes and Pregnancy Group F, Boulot P, Chabbert-Buffet N, d'Ercole C, Floriot M, Fontaine P, *et al.* French multicentric survey of outcome of pregnancy in women with pregestational diabetes. *Diabetes Care* 2003;26(11):2990-3.
6. Kjos SL, Leung A, Henry OA, Victor MR, Paul RH, Medearis AL. Antepartum surveillance in diabetic pregnancies: predictors of fetal distress in labor. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(5):1532-9.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Diabetes in pregnancy. management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. London: RCOG Press; 2008.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 30. Gestational diabetes.(replaces Technical Bulletin Number 200, December 1994). *Obstet Gynecol* 2001;98(3):525-38.
9. Clowse MEB, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(2):127.e1-127.e6.
10. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RDT. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *BJOG* 2001;108(1):56-60.
11. American College of Chest Physicians, Bates SL, Greer IA, Pabinger I, Sofaer S, Hirsh J. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy : American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th edition). *Chest* 2008;133:844S-86S.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 111. Inherited thrombophilias in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010;115(4):877-87.
13. Glantz A, Marschall HU, Mattsson LA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates. *Hepatology* 2004;40:467-74.
14. Burrows R, Clavisi O, Burrows E. Interventions for treating cholestasis in pregnancy (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;Issue 4:CD000493.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Obstetric Cholestasis*. London: RCOG; 2006.
16. European Association for the Study of Liver. Clinical practice guidelines : management of cholestatic liver diseases. *J Hepatol* 2009;51:237-67.
17. Cholestase gravidique. In: Cabrol D, Goffinet F, ed. *Protocoles cliniques en obstétrique*. Paris: Masson; 2009. p. 125-127.
18. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med* 2010;362(6):529-35.
19. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008;371(9607):164-75.
20. Sciscione AC. Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2010;232:e1-e5.
21. Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *The Cochrane Database Systematic Review* 2003;Issue 6:CD000198.
22. Hobel CJ, Ross MG, Bemis RL, Bragonier JR, Nessim S, Sandhu M, *et al.* The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project. I. Program impact on high-risk women. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(1 Pt 1):54-62.

23. Pons JC, Suares F, Duyme M, Pourade A, Vial M, Papiernik E, *et al.* Prévention de la prématurité au cours du suivi de 842 grossesses gémellaires consécutives. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998;27:319-28.
24. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;Issue1:CD000262.
25. Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;Issue 2:CD006178.
26. Drakeley AJ, Roberts D, Alfirevic Z. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;Issue 1:CD003253.
27. Dodd JM, Flenady V, Cincotta R, Crowther CA. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;Issue 1:CD004947.
28. Hueston WJ, Knox MA, Eilers G, Pauwels J, Lonsdorf D. The effectiveness of preterm-birth prevention educational programs for high-risk women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1995;86(4 Pt 2):705-12.
29. Collaborative Group on Preterm Birth Prevention. Multicenter randomized, controlled trial of a preterm birth prevention program. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(2 Pt 1):352-66.
30. Reichmann JP. Home uterine activity monitoring: the role of medical evidence. *Obstet Gynecol* 2008;112(2 Pt 1):325-7.
31. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion n° 352. Innovative practice: ethical guidelines. *Obstet Gynecol* 2006;108:1589-95.
32. Dodd JM, Crowther CA, Dare MR, Middleton P. Oral betamimetics for maintenance therapy after threatened preterm labour (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;Issue 1:CD003927.
33. Frøen JF, Gardosi JO, Thurmann A, Francis A, Stray-Pedersen B. Restricted fetal growth in sudden intrauterine unexplained death. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(9):801-7.
34. Miller DA, Rabello YA, Paul RH. The modified biophysical profile: antepartum testing in the 1990s. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(3):812-7.
35. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 9. Antepartum fetal surveillance (replaces Technical Bulletin Number 188, January 1994). *Int J Gynaecol Obstet* 2000;68:175-86.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 102. Management of stillbirth (Replaces committee opinion Number 383, October 2007). Washington: ACOG; 2009.
37. Rasmussen S, Irgens LM, Dalaker K. Outcome of pregnancies subsequent to placental abruption: a risk assessment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(6):496-501.
38. Rasmussen S, Irgens LM, Albrechtsen S, Dalaker K. Women with a history of placental abruption: when in a subsequent pregnancy should special surveillance for a recurrent placental abruption be initiated? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80(8):708-12.
39. Sibai BM, Hauth J, Caritis S, Lindheimer MD, MacPherson C, Klebanoff M, *et al.* Hypertensive disorders in twin versus singleton gestations. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):938-42.
40. Blickstein I, Goldschmit R, Lurie S. Hemoglobin levels during twin vs. singleton pregnancies parity makes the difference. *J Reprod Med* 1995;40(1):47-50.
41. Blondel B, Macfarlane A, Gissler M, Breart G, Zeitlin J. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. *BJOG* 2006;113(5):528-35.
42. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Prévention de la prématurité spontanée chez les grossesses gémellaires asymptomatiques : recommandation pour la pratique clinique. Paris: CNGOF; 2009.
43. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 56. Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy (Replaces educational bulletin Number 253, November 1998). *Obstet Gynecol* 2004;104(4):869-83.

44. Dyson DC, Danbe KH, Bamber JA, Crites YM, Field DR, Maier JA, *et al.* Monitoring women at risk for preterm labor. *N Engl J Med* 1998;338(1):15-9.
45. Simões T, Amaral N, Lerman R, Ribeiro F, Dias E, Blickstein I. Prospective risk of intrauterine death of monochorionic-diamniotic twins. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(1):134-9.
46. Demaria F, Goffinet F, Kayem G, Tsatsaris V, Hessabi M, Cabrol D. Monoamniotic twin pregnancies: antenatal management and perinatal results of 19 consecutive cases. *BJOG* 2004;111(1):22-6.
47. Chauhan SP, Gupta LM, Hendrix NW, Berghella V. Intrauterine growth restriction: comparison of American College of Obstetricians and Gynecologists practice bulletin with other national guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(4):409.e1-409.e6.
48. Say L, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Bed rest in hospital for suspected impaired fetal growth (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1996;Issue 1:CD000034.
49. Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte G, Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;Issue 1:CD007863.
50. Grivell RM, Wong L, Bhatia V. Regimens of fetal surveillance for impaired fetal growth (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;Issue 1:CD007113.
51. Devoe L, Golde S, Kilman Y, Morton D, Shea K, Waller J. A comparison of visual analyses of intrapartum fetal heart rate tracings according to the new National Institute of Child Health and Human Development guidelines with computer analyses by an automated fetal heart rate monitoring system. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(2):361-6.
52. Carlan SJ, O'Brien WF, Parson MT, Lense JJ. Preterm premature rupture of membranes : a randomized study of home versus hospital management. *Obstet Gynecol* 1993;81(1):61-4.
53. Ellestad SC, Swamy GK, Sinclair T, James AH, Heine RP, Murtha AP. Preterm premature rupture of membranes management. Inpatient versus outpatient: a retrospective review. *Am J Perinatol* 2008;25:69-73.
54. Wing DA, Paul RH, Millar LK. Management of the symptomatic placenta previa : a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:806-11.
55. Lumley J, Small R, Brown S, Watson L, Gunn J, Mitchell C, *et al.* PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers) Protocol for a community-randomised trial. *BMC Public Health* 2003;3(36).
56. Martinez-Schallmoser L, Telleen S, MacMullen NJ. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs* 2003;14(4):329-38.
57. Ueda M, Yamashita H, Yoshida K. Impact of infant health problems on postnatal depression: pilot study to evaluate a health visiting system. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(2):182-9.
58. Scrandis DA. Home health clinicians can find and help women with postpartum depression. *Home Healthc Nurse* 2006;24(9):564-9.
59. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Women's Health Issues* 2010;20(2):96-104.
60. Logsdon MC, Cross R, Williams B, Simpson T. Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: a pilot study. *J Sch Nurs* 2004;20(1):36-42.
61. Gao LL, Chan SW, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Res Nurs Health* 2009;32(1):50-8.
62. van Doesum KTM, Riksen-Walraven JM, Hosman CMH, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Dev* 2008;79(3):547-61.
63. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev* 1996;67(5):2512-26.
64. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 2003;182:412-9.

65. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry* 2003;182:420-7.
66. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(10):1150-9.
67. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995;166(2):191-5.
68. Wooster E. Supporting mental health. *RCM Midwives* 2007;10(4):170-2.
69. Lumley J, Watson L, Small R, Brown S, Mitchell C, Gunn J. PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers): a community-randomised trial to reduce depression and improve women's physical health six months after birth. *BMC Public Health* 2006;6(37).
70. Leis JA, Mendelson T, Tandon SD, Perry DF. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(1):3-13.
71. Tamaki A. Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *Int J Ment Health Nurs* 2008;17(6):419-27.
72. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics* 2007;120(4):e832-e845.
73. Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl* 2000;24(11):1399-429.
74. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child* 2007;92(3):229-33.
75. Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, Bair-Merritt MH. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(4):480-91.
76. Bennett C, Macdonald GM, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, *et al.* Home-based support for disadvantaged adult mothers (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 3:CD003759.
77. Navaie-Waliser M, Martin SL, Tessaro I, Campbell MK, Cross AW. Social support and psychological functioning among high-risk mothers: the impact of the Baby Love Maternal Outreach Worker Program. *Public Health Nurs* 2000;17(4):280-91.
78. Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, *et al.* Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: design, method and sample description. *BMC Public Health* 2008;8:424.
79. Donovan EF, Ammerman RT, Besl J, Atherton H, Khoury JC, Altaye M, *et al.* Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics* 2007;119(6):1145-51.
80. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Smith E, Olds DL, Powers J, *et al.* Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation. The limiting effects of domestic violence. *JAMA* 2000;284(11):1385-91.
81. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
82. Nannini A, Lazar J, Berg C, Barger M, Tomashek K, Cabral H, *et al.* Physical injuries reported on hospital visits for assault during the pregnancy-associated period. *Nurs Res* 2008;57(3):144-9.
83. Doggett C, Burrett SL, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; Issue 4:CD004456.
84. Lejeune C, Simmat-Durand L, Gourarier L, Aubisson S. Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-

dose buprenorphine substitution. *Drug Alcohol Depend* 2006;82:250-7.

85. Uzan M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Paris: ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 1998. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/984001918/0000.pdf>

86. Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9361):893-900.

87. Clemmens D. The relationship between social support and adolescent mothers' interactions with their infants: a meta-analysis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(4):410-20.

88. Logsdon MC, Hertweck P, Ziegler C, Pinto-Foltz M. Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *J Nurs Scholarsh* 2008;40(2):116-23.

89. Koniak-Griffin D, Verzemnieks IL, Anderson NL, Brecht ML, Lesser J, Kim S, *et al.* Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes. *Nurs Res* 2003;52(2):127-36.

90. Macdonald G, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, *et al.* Home-based support for disadvantaged teenage mothers (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(Issue 3).

91. Sarasua I, Clausen C, Frunchak V. Mothers' experiences with breastfeeding management and support: a quality improvement study. *Breastfeed Rev* 2009;17(1):19-27.

92. Pettigrew MM, Khodae M, Gillespie B, Schwartz K, Bobo JK, Foxman B. Duration of breastfeeding, daycare, and physician visits among infants 6 months and younger. *Ann Epidemiol* 2003;13(6):431-5.

93. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support,

and perceived control. *Women's Health Issues* 2005;15(2):64-72.

94. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112(1 Pt 1):108-15.

95. Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatr* 2007;96(7):1064-70.

96. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamin H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics* 2010;10(20).

97. McKeever P, Stevens B, Miller KL, MacDonell JW, Gibbins S, Guerriere D, *et al.* Home versus hospital breastfeeding support for newborns: a randomized controlled trial. *Birth* 2002;29(4):258-65.

98. Jevitt C, Hernandez I, Groër M. Lactation complicated by overweight and obesity: supporting the mother and newborn. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(6):606-13.

99. Di Napoli A, Di Lallo D, Fortes C, Franceschelli C, Armeni E, Guasticchi G. Home breastfeeding support by health professionals: findings of a randomized controlled trial in a population of Italian women. *Acta Paediatr* 2004;93(8):1108-14.

100. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.

101. 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.

Participants

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 Clerle, 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 Marie-Josée Keller, cadre sage-femme, Paris
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	Recommandations de bonne pratique et la fiche de synthèse, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Actualisation	Actualisation à envisager dans 5 ans.