

Prise en charge en HAD Obstétrique: indications et spécificités.

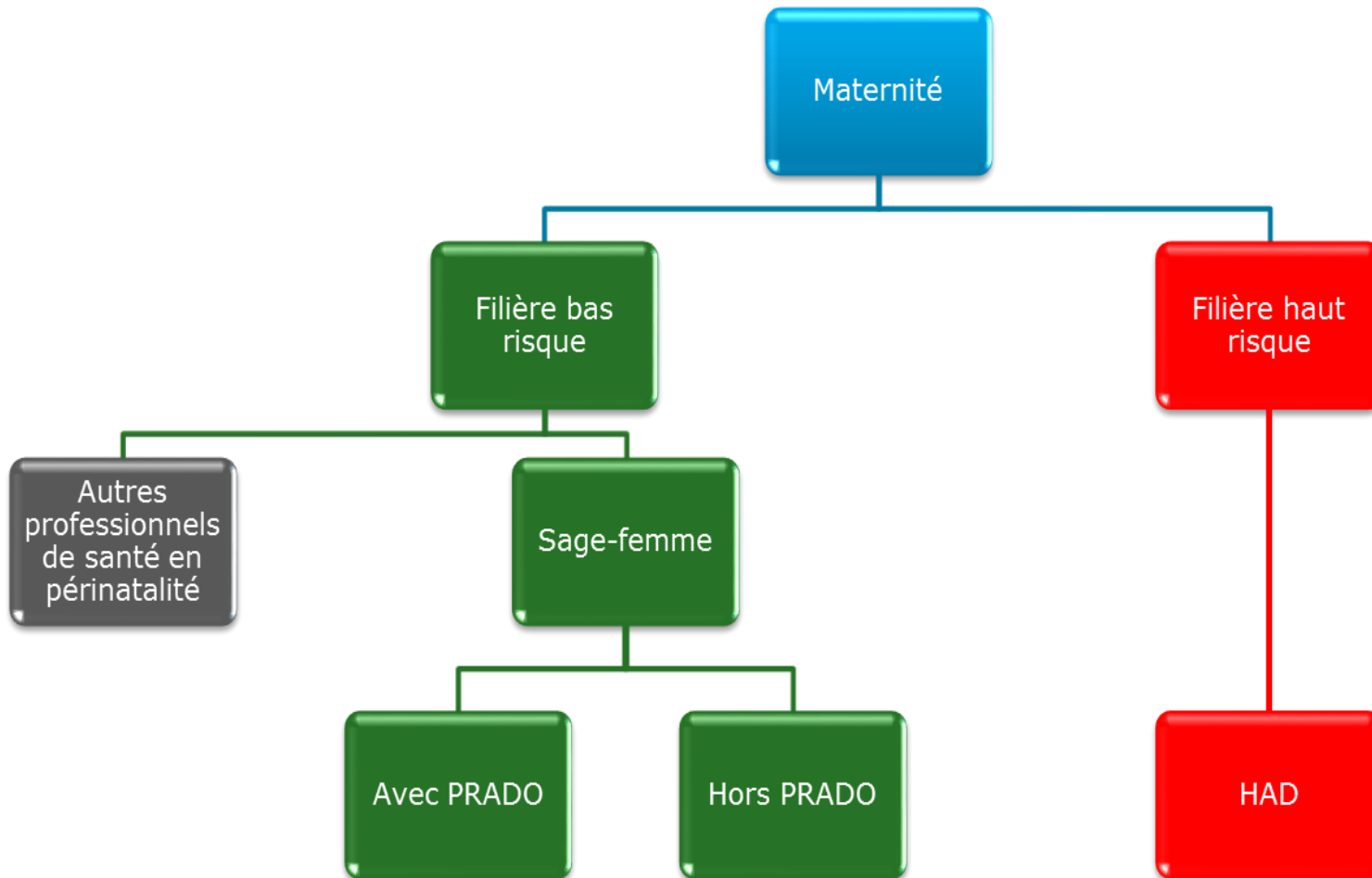
Exemple de 2 modèles différents d'organisation: l'HAD APHP et l'HAD Santé Service.

11^{ème} journée des réseaux de périnatalité d'Ile-de-France

14 octobre 2016



Différents modes de PEC à la sortie de maternité



Objectifs de la prise en charge en HAD

- Retour plus précoce à domicile
- Moins de visites à l'hôpital
- S'adapter à l'évolution des pratiques
- Centrer l'activité sur des prises en charge complexes
- Répondre aux besoins des partenaires hospitaliers
- Répondre aux exigences d'efficience en santé

PEC en HAD = coordination ville-hôpital

Circulaires:

- **Circulaire n° DHOS/O3/2006/502 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'HAD**

« Une **HAD** est avant tout **une hospitalisation** (...). Les structures d'HAD sont de fait des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumis aux **mêmes obligations** que les **établissements hospitaliers** privés et publics: **accréditation, sécurité et qualité des soins, lutte contre les infections nosocomiales** » .

« Les obligations concernant la **continuité de soins** s'appliquent à l'HAD (...). Les structures d'HAD sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent **24h/24 et 7 jours/7** pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des patients pris en charge »

- **Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD.**

« Si l'HAD n'assure pas l'intégralité des missions et prestations d'un établissement d'hospitalisation, en revanche elle prend en compte les contraintes imposées par le domicile devenu le lieu des soins, sans rien concéder aux **impératifs de qualité et de sécurité des soins** incombant à tout établissement de santé »

Législation et cadre de référence 2/2

Guide méthodologique de l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

- Dernière version, mars 2016 (révisée tous les ans)
- S'appuie sur les **recommandations de la HAS***
- Définit les Indications (AP et PP)
- Rythme des visites (AP et PP)

* « Sortie de maternité après accouchement », mars 2014 et « Situations pathologiques pouvant relever de l'HAD en ante et en post-partum », avril 2011

CPAM:

- Le risque maternité commence le 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jours après l'accouchement => prise en charge à 100%.

T2A : 3 modes de prise en charge principaux possibles

- MPP 15 « Education du patient et/ou de son entourage »
 - MPP 19 « Surveillance de grossesses à risque »
 - MPP 21 « Post partum pathologique »
- }] ANTE-PARTUM
→ POST-PARTUM

Cadre réglementaire

Le consentement de la patiente est obligatoire.

En ante-partum (MP19) :

« Le MP19 inclut les soins et le suivi de la femme enceinte conformes à ceux contenus dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS parue en 2011.

Le 1er jour de l'admission en HAD inclut nécessairement le passage d'une IDE ou du médecin coordonnateur ou de la sage-femme. Ce passage doit être au moins l'occasion de procéder à l'accueil du patient, à son information sur les conditions de sa prise en charge et les modalités de continuité des soins.

Ce MP nécessite le passage d'une sage-femme au moins 3 fois/sem et inclut notamment le monitoring fœtal externe avec télésurveillance ».

En post-partum (MP21) :

Le rythme des visites à domicile est à apprécier par la sage femme libérale qui prend en charge la patiente sauf prescription par la maternité d'un passage quotidien.

La patiente doit être obligatoirement vue au plus tard le lendemain de sa sortie de la maternité et le dernier jours de la PEC en HAD.

Critères d'inclusion d'une patiente en HAD en *post-partum* selon les recommandations HAS 2011 (1/3)

1. Pathologies spécifiques au post-partum

- Césarienne:
 - Difficulté de cicatrisation (obésité, diabète, hématome, utérus pluricicatriciel, ATCD de désunion)
 - Abscess ou collection pariétale traitée en hospitalisation
 - Allaitement maternel associé
- Accouchement voie basse:
 - Cicatrisation difficile
 - Désunion de cicatrice
 - Thrombus vaginal traité
 - Périnée complet compliqué ou non
 - Difficultés sphinctériennes (autosondage vésical)
- Dépression du post-partum:
 - ATCD familiaux ou personnels de dépression
 - ATCD personnels d'anxiété en ante partum
 - Stress important lié entre autres à une pathologie du NN ou de la mère
 - Femmes présentant depuis la grossesse des signes dépressifs, une inquiétude excessive sur leur capacité maternelle.

Critères d'inclusion d'une patiente en HAD en *post-partum* selon les recommandations HAS 2011 (2/3)

2. Mère en situation de vulnérabilité associée à une indication médicale

- dépression du post partum,
- mère victime de violence,
- primipare < 18 ans,
- grossesse peu ou mal suivie,
- femme isolée,
- mère dépendante de drogue et d'alcool
- difficultés socio-économiques
- fragilité psychologique ou une difficulté à l'établissement du lien mère-enfant
- patiente anoréxique
- femme victime de violence
- patiente anxieuse, présentant des ATCD familiaux de trouble de l'humeur
- Patiente subissant des événements graves (DC d'un proche, séparation du couple)

Critères d'inclusion d'une patiente en HAD en *post-partum* selon les recommandations HAS 2011 (3/3)

3. Pathologies non spécifiques au post-partum

- diabète insulino-dépendant mal équilibré,
- pathologie thromboembolique récente,
- pathologies infectieuses (pyélonéphrite, endométrite)
- anémie entre 7 et 9 g/dl,
- HTA gestationnelle persistante après l'accouchement

4. Difficultés d'allaitement chez des femmes à risque* en l'absence d'offre de soins alternative* *

*Femmes à risque: mineure, primiparité, vulnérabilité, ATCD pb allaitement et de chirurgie mammaire, grossesse multiple, pathologies néonatales pouvant interférer (hypotrophie, prématurité modérée, fente labiale/palatine, ictère,...), difficulté de la mise en route de l'allaitement (séparation mère/enfant, ML non faite, perte de poids > 10% à J3)

**Offre de soins alternative: SFL, réseau, SF de PMI, associations, consultantes en lactation

Critères d'inclusion d'une patiente en HAD en *ante partum* selon les recommandations HAS 2011

Pathologies maternelles préexistantes (HTA, diabète, lupus,...)

Pathologies maternelles gravidiques :

- *Pathologies hypertensives de la grossesse*
- *Cholestase gravidique,*
- *Diabète gestationnel insuliné.*
- *Grossesse gémellaire si associée à une pathologie*

Facteurs de risques liés à la grossesse :

- *RCIU*
- *RPM*

Facteurs de risque liés aux ATCD obstétricaux (MFIU, HRP, éclampsie)

Problèmes médico-psycho-sociaux associés à une indication médicale

Exemple de 2 modèles d'HAD en IDF

HAD Santé Service 1/2

- Territoire couvert: Ile de France (15 maternités hors Paris intra-muros)
- 12 antennes et 11 bureaux implantés sur ce territoire à proximité des établissements.
- Prises en charge des demandes pour l'ante et le post partum par des infirmières de coordination hospitalières se déplaçant auprès de la patiente encore hospitalisée (explication prise en charge en HAD, signature du consentement, dossier de suivi remis, kit de soins remis pour post partum).
- Rôle particulier de la Fondation Santé Service dans la mise en place d'aides financières aux personnes les plus démunies.

HAD Santé Service 2/2

- 320 sages femmes libérales conventionnées, des IDE Santé service ainsi que des diététiciennes, assistantes sociales, psychologues, rééducateurs,...
- Expérimentation de la mise en place d'un modèle mixte avec une maternité d'Ile de France, pour développer l'ante partum.
- Une équipe se constituant:
 - d'une sage femme coordinatrice en lien avec les ES prescripteurs, coordonnant les ICH Santé Service, en collaboration avec les réseaux, les PMI, animant le réseau de SFL.
 - d'un médecin obstétricien référent présent 1/2 journée par cette semaine et occupant une fonction d'astreinte téléphonique 7j/7
 - de deux sages femmes salariées dans le cadre de l'expérimentation du modèle mixte

HAD APHP 1/2

- Plateforme téléphonique et de coordination unique, sur le site de La Pitié Salpêtrière.
- Effectif de 4 secrétaires, 12 ETP sages-femmes, 85 sages-femmes libérales, une coordinatrice sage-femme et un chef obstétricien à 20%.
- Prises en charges des patientes avec sages-femmes salariées de l'HAD APHP et sages-femmes libérales, en fonction des indications.

HAD APHP 2/2

- PEC pluridisciplinaire: sage femme, IDE, assistante sociale, psychologue
- Ante partum: les demandes sont centralisées sur la plateforme, par une sage-femme, présente 7j/7, qui coordonne.
- Post-partum: les demandes sont prises en compte par des coordinatrices sages-femmes qui se déplacent dans les maternités.
- Coordination, participation à des staffs au sein de maternités partenaires, organisation des relais.