



SOINS ET SANTÉ

PRISE EN CHARGE EN ANTE PARTUM

Et si c'était en
Hospitalisation
à Domicile ?

HAD Femme Mère Enfant



04 72 27 47 00

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Haute
Qualité
des soins**

Établissement
certifié avec mention



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
À Domicile

HOSPITALISATION À DOMICILE FEMME MÈRE ENFANT

Contactez nos équipes référentes en Ante et Post-Partum

Pour une demande
d'admission :

 **04 72 27 47 00**

admission@hadlyon.asso.fr

Je contacte l'HAD pour des patientes
en ante ou en post partum
nécessitant une prise en charge
complexe, pluridisciplinaire et
coordonnées.

Diabète déséquilibré

Rupture prématurée des membranes

Hyperémèse gravidique

Dépression du post-partum

Anémie justifiant l'injection de fer

Plaies complexes

...

Vos Sages-femmes Coordinatrices référentes



Laetitia CANTERO

06 33 81 87 67 | l.cantero@hadlyon.asso.fr



Ségolène GRANGE

06 84 64 58 03 | s.grange@hadlyon.asso.fr



Dr. Emmanuel BOVIER

Directeur Médical et Médecin Praticien en HAD
06 88 45 66 16 | e.bovier@hadlyon.asso.fr



Dr. Christelle BESNARD-CHARVET

Médecin Praticien en HAD
Gynécologue - obstétricienne
c.besnard-charvet@hadlyon.asso.fr



Dr. Nathalie CHAPELLE-PETIT

Médecin Praticien en HAD
06 74 82 23 23 | n.chapelle-petit@hadlyon.asso.fr



Mathilde ASTIER

Cadre de Santé
06 48 90 10 16 | m.astier@hadlyon.asso.fr



Magali JOFFRAUD

Cadre Coordonnateur des parcours
06 84 11 75 97 | m.joffraud@hadlyon.asso.fr

L'HAD assure le lien et
la **coordination** avec les
équipes hospitalières et
libérales référentes de la
patientes.

L'HAD permet à ma
patiente d'être prise en
charge dans son milieu
de vie.

Aide sociale, soutien psychologique, accompagnement
nutritionnel, soins de socio-esthétique, **Soins et Santé**
propose des soins de support pour la patiente.



Consultez
notre livret
d'accueil
patient.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
**Haute
Qualité
des soins**

Établissement
certifié avec mention



COMMUNICATION ENTRE MATERNITES / HAD

Demande d'admission

- Via Easily ou envoi de la feuille d'admission à admission@hadlyon.asso.fr
- En cas de questions, appelez le 04.72.27.47.00
- Bien renseigner sur la demande, les coordonnées du médecin prescripteur et des cadres du service (téléphone et mail)

Suite à la demande d'admission



- Attendre impérativement la réponse de l'HAD avant toute sortie de la patiente du service de maternité

Documents à transmettre



- Les ordonnances pour les traitements Per os et IV avec les posologies exactes.
- Le compte-rendu d'hospitalisation
- Les comptes-rendus d'examens complémentaires (bio, imageries, etc.)

Prise en charge de la patiente

Pour tout autre demande d'information, une fois la patiente prise en charge en HAD, contactez :

- du lundi au vendredi de 9h à 18h (hors jours fériés), les sages-femmes coordinatrices :
 - Ségolène GRANGE : par téléphone au 06.84.64.58.03 ou par mail à s.grange@hadlyon.asso.fr
 - Laëtitia CANTERO : par téléphone au 06.33.81.87.67 ou par mail à l.cantero@hadlyon.asso.fr
- en dehors de ces horaires, un professionnel d'astreinte, via le standard, au 04.72.27.23.60



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

COMMUNICATION

LA FILIERE FEMME MERE ENFANT DE L'HAD SOINS ET SANTE

Qu'est-ce que l'HAD ?

L'Hospitalisation À Domicile permet d'assurer, au domicile des patients, des **soins médicaux et paramédicaux continus, coordonnés et complexes**. Elle constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle en offrant une prise en charge de qualité équivalente à celle d'un établissement hospitalier, tout en permettant au patient de rester dans son environnement.

L'HAD intervient **sur prescription médicale** (médecin libéral ou hospitalier) et assure un suivi personnalisé incluant des soins. Sa mise en œuvre repose sur une **coordination** étroite entre les professionnels de santé, les services sociaux, les médecins libéraux et les structures hospitalières.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

Quid de l'HAD en ante et post-partum ?

Les indications se font sur la base des **recommandations HAS de 2011**. Les situations pouvant relever d'une HAD au cours de l'ante et du post partum sont toutes celles nécessitant une hospitalisation maternelle, sans la nécessité d'une surveillance continue et d'un recours immédiat aux soins.

Qu'est-ce que le pôle femme-mère-enfant de l'HAD Soins et Santé ?

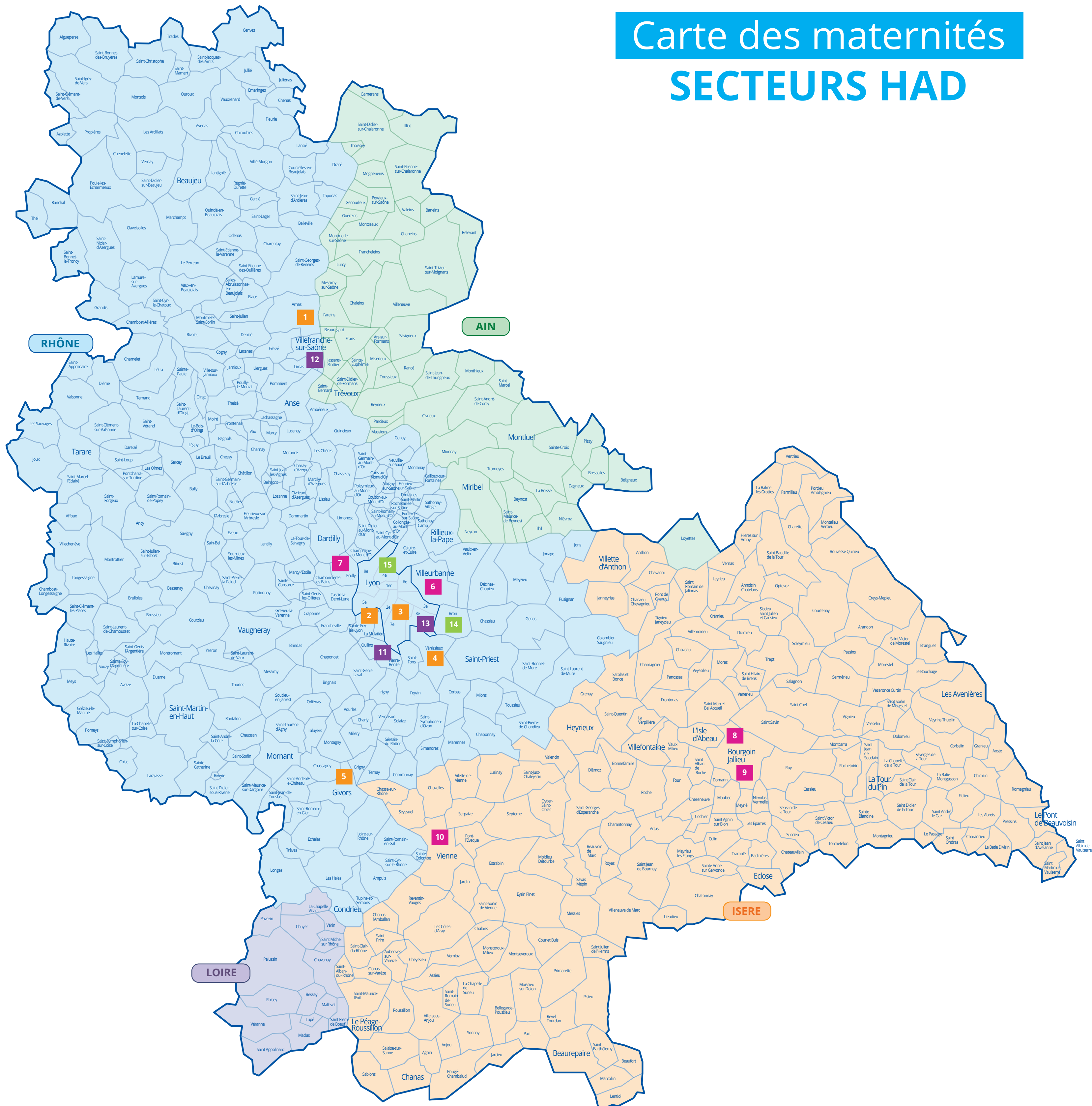
Le pôle femme-mère-enfant de l'HAD Soins et Santé est constitué de 2 filières :

- La filière ante et post-partum : prend en charge les patientes pendant la grossesse et en post-partum en effectuant aussi si nécessaire la surveillance de leurs nouveau-nés.
- La filière pédiatrie : prend en charge les enfants pour des soins complexes.

Dans ce classeur, vous trouverez tous les documents utiles pour la prise en charge des patientes en HAD ainsi que des protocoles établis en fonction des pathologies.

Carte des maternités

SECTEURS HAD



1 Polyclinique du
Beaujolais
04 74 65 66 21

2 Centre hospitalier de
Sainte-Foy-lès-Lyon
04 72 16 86 05

3 Centre hospitalier
Saint-Joseph Saint-Luc
04 78 61 84 09

4 Groupement hospitalier
Les Portes du Sud
04 27 85 20 41

5 Centre hospitalier
de Givors
04 78 07 33 06

6 Médipôle
04 87 65 01 20

7 Clinique du Val d'Ouest
04 72 19 32 76

8 Clinique
Saint-Vincent-de-Paul
04 74 43 61 40

9 Centre hospitalier
Pierre Oudot
04 69 15 70 00

10 Centre hospitalier
Lucien Hussel
04 74 31 33 48

11 Centre hospitalier
Lyon Sud
04 78 86 56 36

12 Hôpital Nord-Ouest
04 74 09 25 02

13 Natecia
04 37 90 33 36

14 Hôpital Femme
Mère-Enfant
04 27 85 55 03
04 27 85 55 35

15 Hôpital de la
Croix-Rousse
04 72 07 16 51

SECTEURS DE L'HAD

AIN ISERE LOIRE RHÔNE

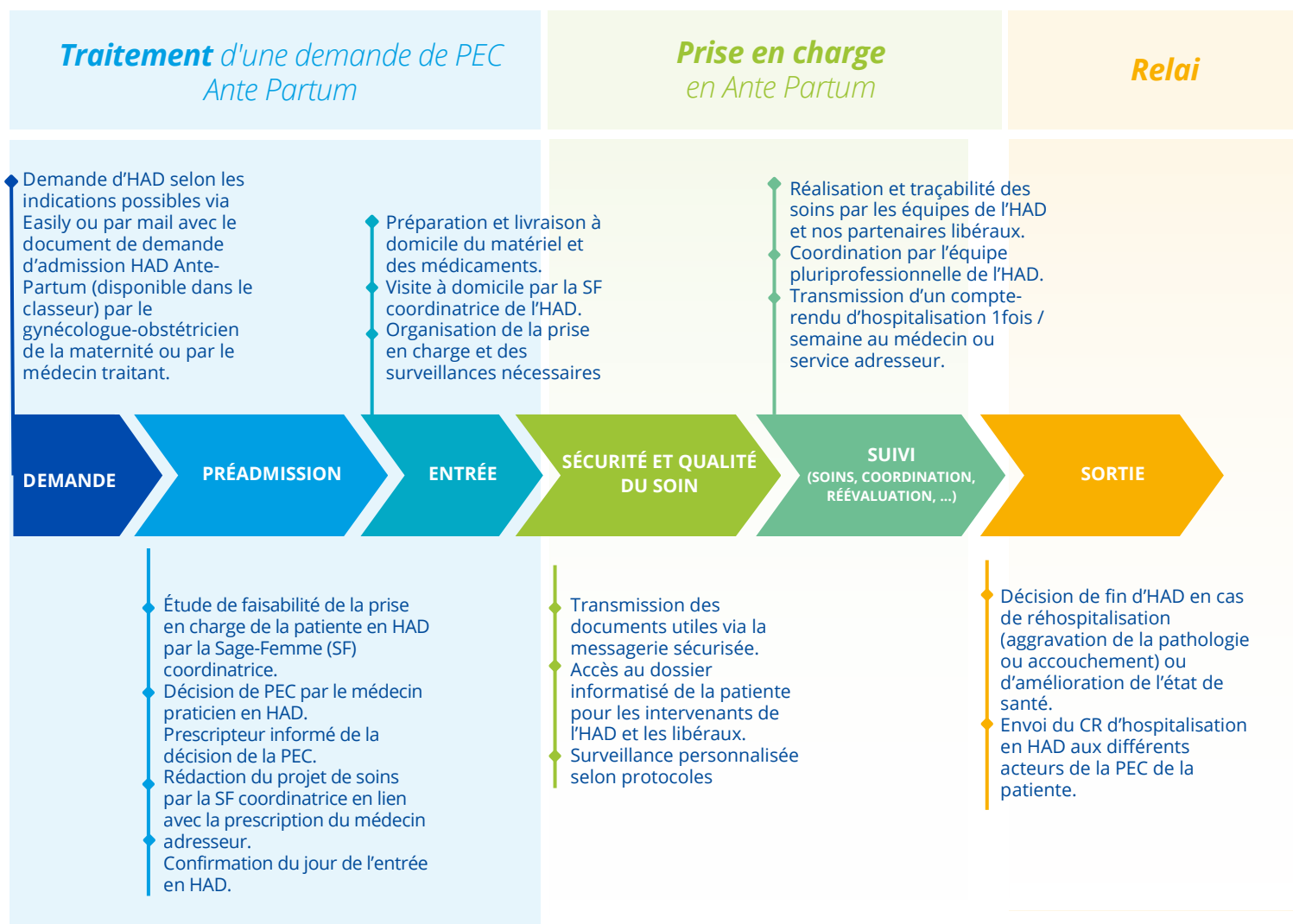
MATERNITÉS DE TYPE 1 MATERNITÉS DE TYPE 2A MATERNITÉS DE TYPE 2B MATERNITÉS DE TYPE 3



L'HAD Soins et Santé développe une **filière ANTE et POST-PARTUM** pour la prise en charge de patientes ayant pour objectif le maintien à domicile. Ces prises en charge visent à **prévenir ou éviter toute hospitalisation itérative**.

Critères d'inclusion

- Stabilité clinique
- Accord de la patiente pour la prise en charge en HAD
- Patiente résidant dans le Rhône, le Nord Isère, ou les communes limitrophes de l'Ain
- Patients avec droits sociaux : ALD, CMU, AME, ...
- Si absence de droits ou droits partiels : PEC HAD si devis accepté par la patiente
- Patiente observante et compliant
- Maternité à proximité du domicile de la patiente
- Domicile adapté à une PEC en HAD



Modalités de réadressage en Ante Partum

Réadressage d'une patiente dans sa maternité d'origine :

- Si une patiente a été mutée de sa maternité d'origine à une maternité de niveau supérieur pour pathologie de grossesse
- Que la maternité de niveau supérieur a prescrit une PEC en HAD
- Et que l'état de santé de la patiente et de son fœtus permet à nouveau une PEC dans la maternité d'origine

Alors, c'est à la maternité prescriptrice de l'HAD, de transférer le dossier de la patiente à la maternité d'origine, et non à l'HAD.



INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE EN ANTE-PARTUM

Pathologie maternelle préexistante

- Lupus
- Diabète
- HTA
- Thrombophilie associée à un facteur de risque
- SAPL

Pathologie maternelle gravidique

- Hyperémèse gravidique
- Diabète gestationnel déséquilibré
- HTA gravidique modérée
- Cholestase gravidique

Facteurs de risques liés aux antécédents obstétricaux

Antécédent de mort fœtale

Facteurs de risques liés à la grossesse

- Rupture ou fissuration prématurée des membranes avant terme
- RCIU modéré 5ème -10ème p.
- Anémie justifiant l'injection de fer
- Antibiothérapie hospitalière après la phase aigüe (endométrite, pyélonéphrite, ...)

Problème médico-psycho-social associé à une indication médicale

En l'absence d'alternative de soins

- Menace d'accouchement prématuré suite à une hospitalisation
- Placenta prævia

DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D ANTE PARTUM

<u>Secrétariat médical (réception de vos demandes) :</u> ☎ : 04 72 27 47 00 Mail : admission@hadlyon.asso.fr (A privilégier) Fax : 04 72 27 23 50		JOINDRE A LA DEMANDE : - LE DERNIER BILAN BIOLOGIQUE - LE CR D'HOSPITALISATION - LES ORDONNANCES	
ADRESSEUR			
Etablissement hospitalier			
<i>Service adresseur</i>			☎ :
<i>Nom du médecin adresseur</i>			☎ :
<i>Nom du cadre sage-femme</i>			☎ :
<i>Professionnel référent de la patiente</i>			☎ :
Mail de réception des comptes rendus HAD			
IDENTITE DU PATIENT			
<u>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation de la patiente</u>			
Nom :		Prénom :	
Nom de jeune fille :		Date de naissance :	
Adresse précise en H.A.D. :			
☎ Téléphone :		N° de sécurité sociale :	
Tutelle : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP			
La patiente et/ou sa famille sont informés du projet de PEC à domicile en HAD : ☐ Oui ☐ Non			
Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :		Proche de la patiente à contacter si besoin :	
Au terme de :		Nom : Prénom :	
URGENT : ☐ Dans la journée ☐ Dès que possible		☎ Téléphone : Mail :	
MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD			
☐ Rupture prématurée des membranes ☐ Retard de croissance intra-utérin (5 ^{ème} -10 ^{ème} p.) ☐ Cholestase gravidique ☐ Pathologie maternelle pré-existante : lupus, SAPL, thrombophilie, ... ☐ Problème médico-psycho-social associé à une indication médicale		☐ Diabète gestationnel déséquilibré ☐ Hypertension artérielle gravidique modérée ☐ Antécédent de mort fœtale in utero ☐ Hyperémèse gravidique ☐ Menace d'accouchement prématuré ☐ Autre :	
GROSSESSE ACTUELLE			
Gestité :	Parité :	Singleton ☐	Gémellaire ☐
		Groupe Rh :	
Date de début de grossesse :		Accouchement prévu le :	
Déroulement de la grossesse :			
HOSPITALISATION			
Le : Pour :		Surveillance souhaitée en HAD :	
Traitée par :			

Date de la demande :

Signature du médecin adresseur :



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

VULNERABILITE

CRITERES DE VULNERABILITE POUVANT ETRE PRIS EN CHARGE EN HAD ANTE OU POST-PARTUM

Les situations de vulnérabilité peuvent être prises en charge en HAD dès lors qu'elles sont associées à une indication médicale.*

Vulnérabilités en rapport avec les facteurs de risque individuels de la femme enceinte et/ou de l'enfant

- **Très jeune âge de la mère**
- **Antécédents médicaux**
 - Troubles du comportement alimentaire
 - Obésité
 - Maladie psychiatrique
 - Pathologies médicales chroniques nécessitant une observance et unecompliance régulière
 - Parents présentant un trouble du neurodéveloppement (TND)
- **Antécédents gynécologiques et obstétricaux**
 - Antécédent de deuil périnatal (par exemple : antécédent d'IMG, de MFIU4)
 - Antécédents de dépression périnatale, syndrome de stress post-traumatique, évènement traumatisant au cours de la grossesse : décès, épisodes dépressifs
- **Situations obstétricales particulières**
 - Grossesse obtenue par PMA, grossesse multiple
 - Pathologies obstétricales, grossesse suivie dans le cadre du diagnostic anténatal
 - Accouchement compliqué ou vécu comme traumatique
 - Grossesse non désirée, déclaration tardive de grossesse, déni de grossesse, accouchement sous le secret
 - Demande d'interruption médicale de grossesse
- **Vulnérabilités du nouveau-né**
 - Nouveau-né prématuré ou de petit poids pour l'âge gestationnel
 - Nouveau-né présentant des anomalies congénitales ou une maladie à la naissance (congénitale ou acquise)
 - Pathologies du nouveau-né révélées durant la période périnatale
- **Difficultés des relations mère/enfant**
 - Séparation précoce mère/enfant (hospitalisation maternelle ou néonatale)
 - Difficultés relationnelles avec l'enfant (difficultés à comprendre les signaux et les besoins de l'enfant)
 - Lien mère/enfant perturbé
 - Manque d'autonomie pour répondre de façon adéquate aux besoins primaires de l'enfant

Vulnérabilités en rapport avec l'environnement social et les conditions de vie de la femme enceinte/des parents

- **Isolement social**
 - Isolement parental, isolement maternel ou rupture conjugale
 - Soutien familial et/ou social inadéquat (absence de réseau à mobiliser)
 - Difficultés à se déplacer: logement difficile d'accès, transports peu adaptés, éloignement géo- graphique, difficultés financières pour les transports, difficulté à se repérer dans les déplacements
- **Précarité sociale et/ou professionnelle**
 - Logement indigne, insalubre, instable et/ou informel
 - Insécurité alimentaire
 - Aide Médicale de l'Etat (AME) ou absence de couverture sociale et/ou mutuelle
 - Faible niveau de ressources du foyer
 - Rupture brutale du statut socio-économique (épisode récent de perte d'emploi, de rupture conjugale, parcours migratoire récent...)
 - Pénibilité, précarité du travail, situations de harcèlement ou burnout professionnel...
- **Situation de handicap physique ou psychique pour la mère et/ou le coparent**
 - Femme et/ou conjoint sous tutelle ou curatelle
- **Conduites addictives et dépendances, de la mère et/ou du coparent**
- **Expositions à des violences**
 - Violences conjugales et/ou intrafamiliales
 - Antécédents de mutilations génitales
 - Parcours migratoire traumatique : violences sur le trajet migratoire et/ou à l'arrivée en France
- **Contextes judiciaires**
 - Incarcération de la mère en cours de grossesse et/ou postpartum
- **Famille suivie par l'aide sociale à l'enfance, antécédent d'enfant placé**
- **Exposition identifiée à des toxiques/agents infectieux environnementaux pendant la grossesse**
 - Troubles du comportement alimentaire

Vulnérabilités en lien avec l'interculturalité

- **Faible niveau de littératie en santé** (méconnaissance des droits en matière de grossesse, de l'importance du suivi de grossesse, du parcours périnatal)
- **Décalage culturel par rapport à la culture d'origine, en particulier dans le domaine du maternage**
- **Barrière linguistique**
- **Situation administrative irrégulière**

**Recommandation HAS du 11 janvier 2024 : Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal*

Version du 31/03/2025

soinsetsante.org



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE D'UN **DIABÈTE EN COURS** D'EQUILIBRATION

Critères d'inclusion

**Diabète en cours
d'équilibration sous
insuline ou antidiabétique
oral**

Stabilité clinique

Accord de la patiente

**Patiente résidant dans le
Rhône, le Nord Isère ou les
communes limitrophes de
l'Ain**



Objectifs glycémiques

A jeun < 0.95 g/L

2h après le repas < 1.20 g/L

Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant un diabète en cours d'équilibration en ante-partum selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité de la patiente et de la prescription du médecin adresseur.**

Clinique :

- **Standard :** constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies
- **Pesée 1 fois / semaine**

Fœtale :

- A définir en fonction du terme

Echographique :

- Rapprochée

Biologique :

- Glycémie capillaire : pluri-quotidienne
- BU : 1 fois / semaine

Traitements :

- Insuline lente ou rapide,
- antidiabétiques oraux selon prescription de l'endocrinologue en établissement

Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité **en cas d'aggravation du diabète ou d'apparition de complications**
- **Maintien à domicile** avec surveillance simple à la stabilisation des glycémies



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
& Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE D'UNE CHOLESTASE GRAVIDIQUE

Critères d'inclusion

Stabilité clinique

Accord de la patiente

Patiente résidant dans le Rhône, le Nord Isère ou les communes limitrophes de l'Ain



Critères de gravité

Acides biliaires > 100 µmol/L

Enzymes hépatiques élevés

Trouble de la coagulation

Intensité du prurit

Ictère maternel

Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant une cholestase gravidique selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité de la patiente et de la prescription du médecin adresseur.**

Clinique :

- **Standard :** constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies
- **Signes cliniques de la cholestase :** intensité du prurit et de l'ictère

Fœtale :

- si AB < 40µmol/L : > 2 RCF / semaine
- si 40 < AB < 100 µmol/L : 1 RCF / jour à partir de 34 SA

Echographique :

- Tous les 15 jours

Biologique :

- ASAT, ALAT : 2 fois / semaine
- AB à jeun : 1 fois / semaine si stables
- BU : 1 fois / semaine

Traitement :

- Acide ursodésoxycholique 250mg : 10 à 15mg/kg/jour en 2 prises soit 2 à 4cp / jour
- Hydroxyzine 25mg 3cp / jour si besoin

Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité en cas d'aggravation de la cholestase ou d'apparition de complications
- **Maintien à domicile** avec surveillance simple à la stabilisation de la cholestase



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE D'UNE HTA GRAVIDIQUE EN COURS D'ÉQUILIBRATION

Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant une HTA gravidique en ante-partum selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité de la patiente et de la prescription du médecin adresseur.**

Clinique :

- **Standard :** constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies
- Diurèse
- Poids 1x/ semaine
- Mesure de la HU 1x/ semaine

Fœtale :

- < 28 SA : bruits du cœur fœtal à chaque visite (au moins 1 x/semaine)
- 28 SA : 1 RCF / semaine s'il n'y a pas de FDR surajouté et HTA stable
- 32 SA : 3 RCF / semaine

Biologique :

- BU à chaque passage
- Bilan HTA 1x / semaine

Traitements :

- Le traitement antihypertenseur sera ajusté par le médecin praticien de l'HAD, selon les objectifs tensionnels
- Le relai d'un traitement IV à une voie PO pourra être organisé dans le cadre de l'HAD
- Surveillance du port de bas de compression

Antihypertenseurs autorisés pendant la grossesse :

- Alphaméthyl dopa
- Labétolol
- Nicardipine
- Nifédipine

HTA légère à modérée :

PAS = 140-159 mmHg ou
PAD = 90-109 mmHg

HTA sévère :

PAS $\geq$ 160 mmHg ou
PAD $\geq$ 110 mmHg

Critères d'inclusion

Accord de la patiente

**Patiente résidant dans le
Rhône, le Nord Isère ou les
communes limitrophes de
l'Ain**



Critères d'exclusion

**Eclampsie
Atteinte viscérale**

Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité **en cas d'aggravation de l'HTA ou d'apparition de complications**
- **Maintien à domicile** avec une surveillance simple à la stabilisation de la TA



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE D'UNE **HYPERÉMÈSE GRAVIDIQUE**

Critères d'inclusion

Stabilité clinique

Accord de la patiente

**Patiente résidant dans le
Rhône, le Nord Isère ou les
communes limitrophes de
l'Ain**



Critères de gravité

**Perte de poids $\geq 10\%$ par
rapport à avant la grossesse**

**Un ou des signes cliniques de
déshydratation**

Score PUQE ≥ 13

**Bilan biologique pathologique
(hyponatrémie, hypokaliémie,
hypercréatinémie, bilan
hépatique perturbé, ...)**

**Résistance au traitement
anti-émétique PO**

Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant une hyperémèse gravidique selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité de la patiente et de la prescription du médecin adresseur.**

Clinique :

- **Standard :** constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies
- **Pesée 1 fois / semaine**
- Signes cliniques de déshydratation

Fœtale :

- A partir de 15 SA
- A adapter en fonction de l'âge gestationnel

Biologique :

- Kaliémie, natrémie, créatinémie et BU
- Bilan hépatique

Traitements :

- Métoclopramide IV
- Ondansétron ou Chlôpromazine ou Prométhazine IV
- +/- Corticoïdes IV, Benzodiazépines

Etat psychologique et nutritionnel :

- Un suivi psychologique ou diététique sera proposé systématiquement à la patiente

Score de PUQE :

- 1 fois / semaine

Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité en cas d'aggravation de l'hyperémèse ou d'apparition de complications
- **Maintien à domicile** avec surveillance simple à la stabilisation de l'hyperémèse

Score PUQE

Évaluer les nausées et vomissements en 3 questions et calculer le score de gravité

En moyenne durant la journée, combien de temps vous sentez-vous nauséuse ou avez-vous "mal au cœur" ?	Pas du tout : 1 Moins d'1 heure : 2 De 2 à 3 heures : 3 De 4 à 6 heures : 4 Plus de 6 heures : 5
En moyenne durant la journée, combien de fois vomissez-vous ?	Pas du tout : 1 1 à 2 fois : 2 3 à 4 fois : 3 5 à 6 fois : 4 7 fois ou plus : 5
En moyenne durant la journée, combien de fois avez-vous des haut-le-cœur ou des renvois sans véritable vomissement ?	Pas du tout : 1 1 à 2 fois : 2 3 à 4 fois : 3 5 à 6 fois : 4 7 fois ou plus : 5

Source : score PUQE « Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea » modifié

Faire la somme des points obtenus aux 3 questions et évaluer le score total :

- **Score inférieur ou égal à 6** : nausées et vomissements gravidiques légers.
- **Score compris entre 7 et 12** : ils sont modérés.
- **Score égal ou supérieur à 13** : ils sont sévères.



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE D'UNE RUPTURE PREMATURÉE DES MEMBRANES < 37 SA

Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant une RPM < 37 SA selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité de la patiente et de la prescription du médecin adresseur.**

Critères d'inclusion

Liquide amniotique clair

Stabilité clinique

Accord de la patiente

Patiente résidant dans le Rhône, le Nord Isère ou les communes limitrophes de l'Ain



Complications majeures

Prématurité

Infection intra-utérine

Procidence du cordon

Décollement placentaire

Clinique :

- **Standard** : constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies
- **Signes cliniques évocateurs d'infection intra-utérine** : Fièvre définie par une température maternelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$ confirmée à 30mn d'intervalle sans cause infectieuse extra-gynécologique identifiée, associée à au moins deux critères suivants :
 - Tachycardie fœtale > 160 bpm persistante
 - Douleurs utérines ou contractions utérines douloureuses ou mise en travail spontanée
 - Liquide amniotique purulent

Fœtale :

- 1 à 3 fois par semaine selon le terme

Echographique :

- Tous les 15 jours

Traitements :

- Antibiotrophylaxie si indiquée

Biologique :

- NFS et CRP : 2 fois par semaine
- PV et ECBU : 1 fois par semaine

Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité en cas d'apparition de complications
- **Maintien à domicile** avec surveillance simple à l'amélioration ou arrêt des symptômes



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
& Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE D'UN RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

Indications

Petit pour l'âge gestationnel = estimation du poids fœtal (EPF) ou poids de naissance < 10ème percentile

Retard de croissance intra-utérin = PAG associé à des arguments en faveur d'un défaut de croissance pathologique

Critères d'inclusion

RCIU ou PAG entre le 5^{ème} et le 10^{ème} percentile.

Stabilité clinique

Accord de la patiente

Patiente résidant dans le Rhône, le Nord Isère ou les communes limitrophes de l'Ain



Facteurs de risques

Facteurs maternels : âge maternel ≥ 35 ans, surpoids et obésité, niveau socio-économique défavorisé, insuffisance pondérale, antécédents de PAG

Conditions obstétricales : Primiparité et grande multiparité, troubles hypertensifs : HTA chronique, prééclampsie, HTA gravidique, diabète préexistant à la grossesse avec atteinte vasculaire

Consommation de toxiques : tabagisme, consommation d'alcool, consommation de drogues

Modalités de surveillance

Ce document décrit la prise en charge d'une patiente présentant un retard de croissance intra-utérin selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité de la patiente et de la prescription du médecin adresseur.**

Clinique :

- **Standard :** constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies

Fœtale :

- En cas de RCIU : 1 RCF / jour
- En cas de PAG : 2 à 3 RCF / semaine

Echographique :

- Croissance et dopplers toutes les semaines

Etat psychologique :

- Proposer systématiquement un soutien psychologique à la patiente

Traitement :

- Aspirine si indiqué

Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité en cas de prise de poids insatisfaisante ou d'apparition de complications
- **Maintien à domicile** avec une surveillance simple



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE PRÉSENTANT **UN ANTÉCÉDENT DE MORT FOETALE**

Critères d'inclusion

Stabilité clinique

Accord de la patiente

**Patiente résidant dans le
Rhône, le Nord Isère ou les
communes limitrophes de
l'Ain**



Facteurs de risques

Facteurs maternels : âge
maternel < 20 ans ou ≥ 35 ans,
surpoids et obésité, niveau socio-
économique, ethnicité,
antécédents de mort fœtale,
antécédents de césarienne

Conditions obstétricales :
nulliparité, grossesse par
FIV/ICSI, désordres hypertensifs,
diabète gestationnel et
préexistant, cholestase
gravidique

**Pathologie maternelle
préexistante :** endométriose,
lupus érythémateux disséminé,
SAPL

Consommation de toxiques :
tabagisme, consommation
d'alcool, consommation de
caféine

Modalités de surveillance

Ce document décrit la prise en charge d'une patiente présentant un antécédent de mort fœtale selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité de la patiente et de la prescription du médecin adresseur.**

Clinique :

- **Standard :** constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies

Fœtale :

- Fréquence de la surveillance adaptée en fonction de l'âge gestationnel et de la présence de complications surajoutées

Echographique :

- Tous les 15 jours

Etat psychologique :

- Proposer systématiquement un soutien psychologique à la patiente

Traitement :

- Aspirine et héparinothérapie si indiqués

Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité **en cas d'apparition de complications**
- **Maintien à domicile** avec ou sans surveillance simple



SOINS ET SANTÉ
Hospitalisation
à Domicile

MODALITÉS

PRISE EN CHARGE **FERINJECT®** EN ANTE-PARTUM

Critères d'inclusion

Stabilité clinique

Accord de la patiente

**Patiente résidant dans le
Rhône, le Nord Isère ou
les communes
limitrophes de l'Ain**

**hb <11 g/dL et ferritine
<75 µg/L**



Contre- indications

**1er trimestre de la
grossesse**

**Troubles inflammatoires
ou immunitaires**

Ferritinémie élevée

**Hypersensibilité grave à
toute autre forme de fer IV**

**Anémie non liée à une
carence martiale**

Risque allergique accru

Modalités de **surveillance**

Avant injection

- **RCF par monitoring** 20 min avant l'injection.
- **Standard** : constantes, présence de MAF, perte de LA, contractions utérines, recherche SFU, SF HTA, métrorragies

Administration en 30 min :

- 500mg ou 1g de Ferinject® dans 100mL de NaCl à administrer au débit de 66 gouttes/min (soit 33 gtes/30sec)

Pendant injection

- **TA** toutes les 5 minutes
- **Pouls, saturation et température** toutes les 10 min

Après injection

- **RCF par monitoring** pendant 20 min
- **TA, pouls, saturation, T°** 30 min après l'injection

Effets indésirables graves et rares



- **Réactions anaphylactiques**
- **Extravasation**

Modalités de sortie

A la fin de la surveillance suite à l'injection de fer

- Conseils d'usage donnés à la patiente *ainsi que le numéro d'urgence de sa maternité en cas d'effet indésirable survenant ultérieurement*