



SOINS ET SANTÉ



**PRISE EN CHARGE POST 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  
A 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](mailto:admission@hadlyon.asso.fr)

Vos Sages-femmes Coordinatrices référentes



**Laetitia CANTERO**

06 33 81 87 67 | [l.cantero@hadlyon.asso.fr](mailto:l.cantero@hadlyon.asso.fr)



**Ségolène GRANGE**

06 84 64 58 03 | [s.grange@hadlyon.asso.fr](mailto:s.grange@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

...



**Dr. Emmanuel BOVIER**

Directeur Médical et Médecin Praticien en HAD  
06 88 45 66 16 | [e.bovier@hadlyon.asso.fr](mailto:e.bovier@hadlyon.asso.fr)



**Dr. Christelle BESNARD-CHARVET**

Médecin Praticien en HAD  
Gynécologue - obstétricienne  
[c.besnard-charvet@hadlyon.asso.fr](mailto: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](mailto:n.chapelle-petit@hadlyon.asso.fr)



**Mathilde ASTIER**

Cadre de Santé  
06 48 90 10 16 | [m.astier@hadlyon.asso.fr](mailto:m.astier@hadlyon.asso.fr)



**Magali JOFFRAUD**

Cadre Coordonnateur des parcours  
06 84 11 75 97 | [m.joffraud@hadlyon.asso.fr](mailto: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.





SOINS ET SANTÉ  
Hospitalisation  
à Domicile

COMMUNICATION

## COMMUNICATION ENTRE MATERNITES / HAD

### *Demande d'admission*

- Via Easily ou envoi de la feuille d'admission à [admission@hadlyon.asso.fr](mailto: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](mailto:s.grange@hadlyon.asso.fr)
  - Laëtitia CANTERO : par téléphone au 06.33.81.87.67 ou par mail à [l.cantero@hadlyon.asso.fr](mailto: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 ?

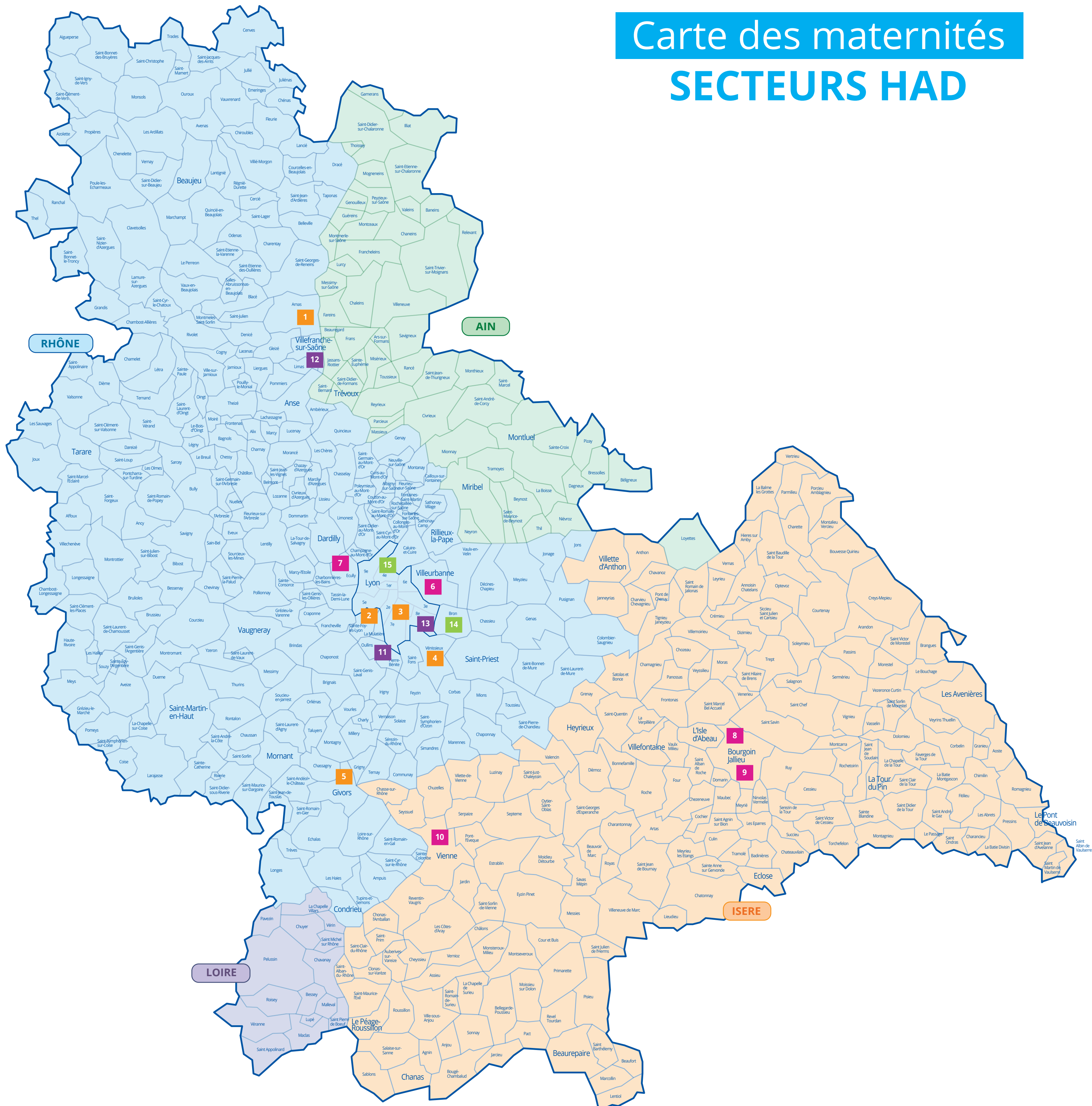
Le pôle femme-mère-enfant de l'HAD Soins et Santé est constitué de 2 filières :

- 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

# PARCOURS DE SOINS EN POST-PARTUM



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**.

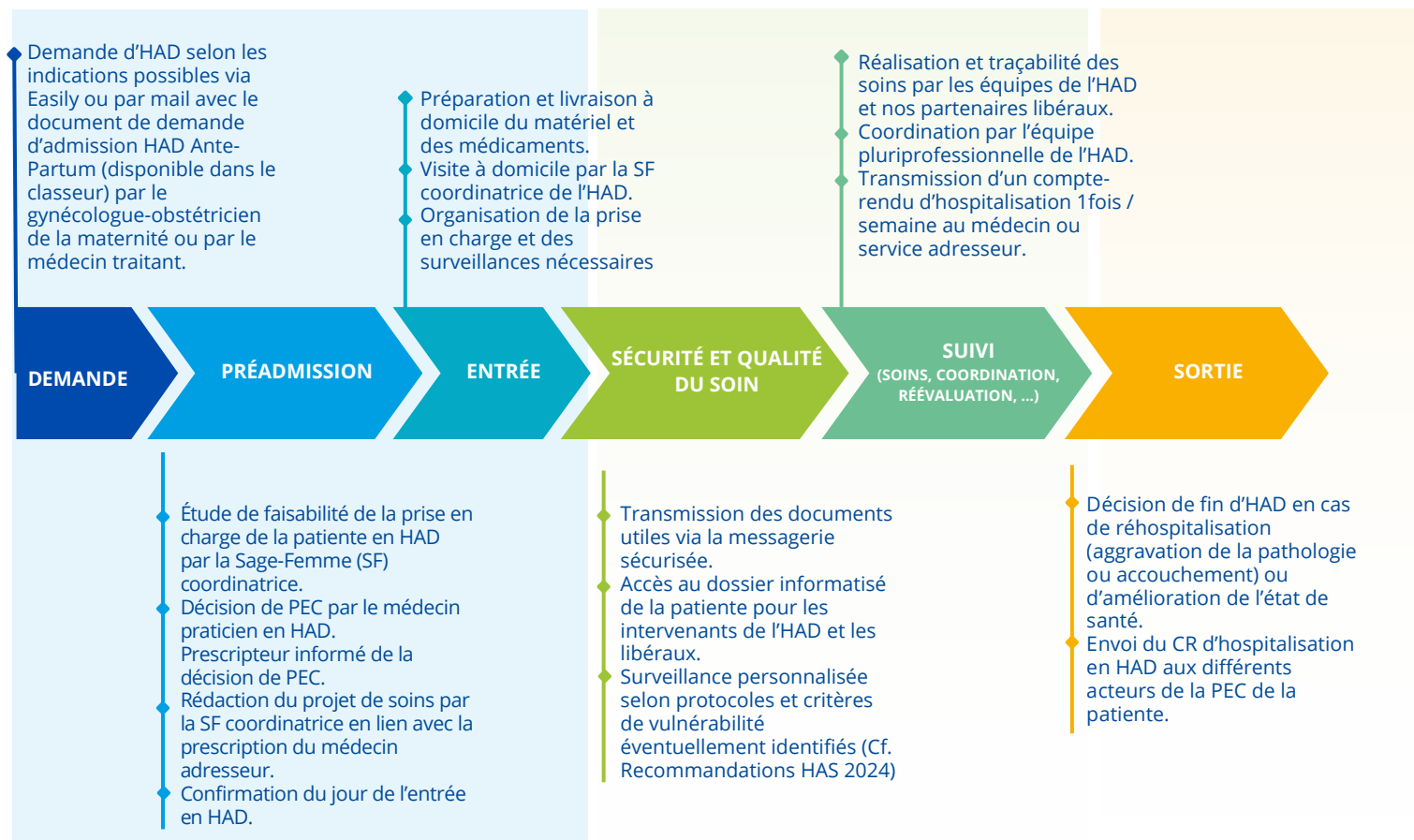
## Critères d'inclusion

- 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

## Traitement d'une demande de PEC Post-Partum

## Prise en charge en Post-Partum

## Relai





# INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE EN POST-PARTUM

## **Pathologies spécifiques du post-partum**

- Cicatrice périnéale ou de césarienne complexe
- Hématome ou abcès d'une plaie obstétricale
- Difficultés sphinctériennes
- Thrombus
- Périnée complet compliqué
- Dépression du post-partum

## ***Pathologie gravidique non résolue***

- HTA en cours d'équilibration
- Diabète en cours d'équilibration

## ***Antibiothérapie hospitalière après la phase aigüe (endométrite, pyélonéphrite, ...)***

## ***Anémie justifiant l'injection de fer***

## ***Difficultés d'allaitement avec au moins un facteur de risque associé***

## ***Mère en situation de vulnérabilité associé à une indication médicale***

## DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D POST-PARTUM

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Secrétariat médical (réception de vos demandes) :</b><br>☎ : 04 72 27 47 00<br><b>Mail :</b> admission@hadlyon.asso.fr (A privilégier)<br><b>Fax :</b> 04 72 27 23 50                                                                                                                                               |  | <b>JOINDRE A LA DEMANDE :</b><br>- LE DERNIER BILAN BIOLOGIQUE<br>- LES CR D'HOSPITALISATION ET D'ACCOUCHEMENT<br>- LES ORDONNANCES                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>ADRESSEUR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>Etablissement hospitalier</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Service adresseur</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Nom du médecin adresseur</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ☎ :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>Nom du cadre sage-femme</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ☎ :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>Professionnel référent de la patiente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | ☎ :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Mail de réception des comptes rendus HAD                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>IDENTITE DU PATIENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b><u>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation de la patiente</u></b>                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>Nom :</b><br><br><b>Nom de jeune fille :</b><br><br><b>Adresse précise en H.A.D. :</b><br><br>☎ <b>Téléphone :</b><br><br><b>Tutelle :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP                                                                                   |  | <b>Prénom :</b><br><br><b>Date de naissance :</b><br><br><b>N° de sécurité sociale :</b><br><br><b>La patiente et/ou sa famille sont informés du projet de PEC à domicile en HAD :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                      |  |
| <b>Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :</b><br><br>A J... du post-partum<br><br><b>URGENT :</b> <input type="checkbox"/> Dans la journée <input type="checkbox"/> Dès que possible                                                                                                                          |  | <b>Proche de la patiente à contacter si besoin :</b><br><b>Nom :</b> <b>Prénom :</b><br><br>☎ <b>Téléphone :</b><br><b>Mail :</b>                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Soins post-césarienne<br><input type="checkbox"/> Soins de plaie périnéale<br><input type="checkbox"/> Dépression du post-partum<br><input type="checkbox"/> Pathologie maternelle gravidique non résolue : HTA, anémie, diabète, ...<br><input type="checkbox"/> Difficultés sphinctériennes |  | <input type="checkbox"/> Thrombus<br><input type="checkbox"/> Difficultés d'allaitement avec au moins 1 facteur de risque<br><input type="checkbox"/> Pathologie infectieuse après la phase aiguë<br><input type="checkbox"/> Mère en situation de vulnérabilité associée à 1 indication médicale<br><input type="checkbox"/> Autre : |  |
| <b>ACCOUCHEMENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>NOUVEAU-NÉ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>Gestité :</b> <b>Parité :</b><br><br><b>Date d'accouchement :</b><br><br><b>Terme :</b><br><br><input type="checkbox"/> AVB : <input type="checkbox"/> Césarienne :                                                                                                                                                 |  | <b>Nom :</b> <b>Prénom :</b><br><br><b>Poids de naissance :</b><br><br><b>Allaitement :</b> <input type="checkbox"/> Maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte<br><br><b>Examen clinique :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pathologique Précisez :                     |  |
| <b>HOSPITALISATION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>Le :</b><br><br><b>Pathologie durant l'hospitalisation :</b><br><br><b>Traitée par :</b>                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>Surveillance souhaitée en HAD :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |

Date de la demande :

Signature du médecin adresseur :

## DEMANDE D'ADMISSION EN H.A.D NOUVEAU-NE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Secrétariat médical (réception de vos demandes) :</b><br>☎ : 04 72 27 47 00<br><b>Mail :</b> admission@hadlyon.asso.fr (A privilégier)<br><b>Fax :</b> 04 72 27 23 50                                                                                                                                                                 |  | <b>JOINDRE A LA DEMANDE :</b><br>- LE DERNIER BILAN BIOLOGIQUE<br>- LES CR D'HOSPITALISATION<br>- LES ORDONNANCES                                                                                                                            |  |
| <b>ADRESSEUR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Etablissement hospitalier                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Service adresseur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ☎ :                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Nom du médecin adresseur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | ☎ :                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Nom du cadre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | ☎ :                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Professionnel référent du patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ☎ :                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| Mail de réception des comptes rendus HAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>IDENTITE DU PATIENT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <i><b>Merci de nous transmettre la fiche administrative/bulletin de situation du patient</b></i>                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Nom :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Prénom :</b>                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Date de naissance :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Adresse précise en H.A.D. :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Parent 1 (mère de naissance) :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Nom :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Prénom :</b>                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | ☎ Téléphone :                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Parent 2 :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Nom :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Prénom :</b>                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | ☎ Téléphone :                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Date d'entrée en HAD souhaitée par le service :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Lien PMI :</b> <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> A faire                                                                                                                                                             |  |
| A J... de vie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>Pédiatre / médecin libéral :</b>                                                                                                                                                                                                          |  |
| <b>URGENT :</b> <input type="checkbox"/> Dans la journée <input type="checkbox"/> Dès que possible                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>Sage-femme libérale :</b>                                                                                                                                                                                                                 |  |
| <b>MOTIF DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE EN HAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>ACCOUCHEMENT</b>                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> PAG<br><input type="checkbox"/> Surveillance ictère<br><input type="checkbox"/> Autre :                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Gestité :</b> <span style="float: right;"><b>Parité :</b></span><br><br><b>Date d'accouchement :</b><br><br><b>Terme :</b><br><br><input type="checkbox"/> AVB : <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Césarienne :</span> |  |
| <b>NOUVEAU-NÉ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>A LA SORTIE</b>                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>Allaitement :</b> <input type="checkbox"/> Maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte<br><br><b>Examen clinique :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pathologique Précisez :<br><br><b>Contexte infectieux :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  | <b>Poids :</b> <span style="float: right;"><b>Taille :</b> <span style="float: right;"><b>PC :</b></span></span><br><br><b>Biliflash :</b><br><br><b>Résultats du dernier bilan biologique :</b>                                             |  |
| <b>HOSPITALISATION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Dates d'hospitalisation :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Surveillance souhaitée en HAD :</b>                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>Pathologie durant l'hospitalisation :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>Traitement (posologie) :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                              |  |

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 con- jugale, 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](http://soinsetsante.org)



SOINS ET SANTÉ  
Hospitalisation  
à Domicile

## MODALITÉS

# PRISE EN CHARGE D'UNE DÉPRESSION DU POST- 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



## Facteurs de risques

### Liés à la mère :

- Risques psychosociaux
- Toutes les interventions chirurgicales autour de la naissance
- Epuisement et/ou mauvaise santé physique maternelle

### Liés au nouveau-né :

- Prématurité
- Handicap
- Grossesses multiples
- Bébé inconsolable, agité et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil

## Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant une dépression après l'accouchement 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, surveillance des seins, de l'utérus, de la cicatrice périnéale ou de césarienne, des lochies et recherche de signes de phlébites
- Evaluation de la douleur

### Psychologique :

- Etat psychique mère
- Lien mère-enfant, triade parents-enfant
- EPDS

### Mesures hygiéno-diététiques :

- Préservation du sommeil
- Aide pour la gestion des nuits
- Lutte contre isolement
- Bon équilibre alimentaire
- Pratique régulière d'une activité physique adaptée



### **Anti-dépresseurs autorisés en cas d'allaitement :**

- **ISRS** : paroxétine, sertraline
- **Imipraminiques** : clomipramine, amitriptyline, imipramine

## Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité en cas de dégradation de l'état psychique
- **Maintien à domicile** avec une surveillance simple en cas d'amélioration de l'état psychique

# EPDS

Évaluez l'état de votre patiente durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) en 10 questions et calculez son score

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté ?</p> <p>0- Aussi souvent que d'habitude<br/>1- Pas tout à fait autant<br/>2- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours ci<br/>3- Absolument pas</p> | <p>6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements ?</p> <p>0- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude<br/>1- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations<br/>2- Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable<br/>3- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable</p> |
| <p>2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir ?</p> <p>0- Autant que d'habitude<br/>1- Plutôt moins que d'habitude<br/>2- Vraiment moins que d'habitude<br/>3- Pratiquement pas</p>  | <p>7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil ?</p> <p>0- Non, pas du tout<br/>1- Pas très souvent<br/>2- Oui, parfois<br/>3- Oui, la plupart du temps</p>                                                                                                                               |
| <p>3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal ?</p> <p>0- Non, jamais<br/>1- Pas très souvent<br/>2- Oui, parfois<br/>3- Oui, la plupart du temps</p>          | <p>8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse ?</p> <p>0- Non, pas du tout<br/>1- Pas très souvent<br/>2- Oui, très souvent<br/>3- Oui, la plupart du temps</p>                                                                                                                                                       |
| <p>4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif ?</p> <p>0- Non, pas du tout<br/>1- Presque jamais<br/>2- Oui, parfois<br/>3- Oui, très souvent</p>                                              | <p>9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré ?</p> <p>0- Non, jamais<br/>1- Seulement de temps en temps<br/>2- Oui, très souvent<br/>3- Oui, la plupart du temps</p>                                                                                                                                      |
| <p>5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison ?</p> <p>0- Non, pas du tout<br/>1- Non, pas très souvent<br/>2- Oui, parfois<br/>3- Oui, vraiment souvent</p>                       | <p>10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal ?</p> <p>0- Jamais<br/>1- Presque jamais<br/>2- Parfois<br/>3- Oui, très souvent</p>                                                                                                                                                                                |

Source : Traduction française : Guedeney N, Fermanian. (1998). Validation Study of the french version of the EPDS: new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry, 13: 83-9 Version originale : Cox J.L, Holden J.M, Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J of Psychiatry, 150: 782-786.

Faites la somme des points obtenus aux 10 questions et évaluez le score total :

- **Score minimal : 0**
- **Score maximal : 30**

Si le score est de 11 ou plus, il est possible que la patiente ai une dépression du post-partum.



SOINS ET SANTÉ  
Hospitalisation  
à Domicile

## MODALITÉS

# PRISE EN CHARGE D'UNE HTA EN POST-PARTUM EN COURS D'ÉQUILIBRATION

### 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

**Stabilité clinique**

**Accord de la patiente**

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



## Complications majeures

**Eclampsie  
Atteinte viscérale**

## Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant une HTA après l'accouchement en cas de traitement d'équilibration en cours 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, surveillance des seins, de l'utérus, de la cicatrice périnéale ou de césarienne, des lochies et recherche de signes de phlébites
- Evaluation de la douleur
- Surveillance de la diurèse
- Surveillance des signes fonctionnels d'HTA

### Biologique :

- BU
- Bilan HTA

### Traitements :

- Traitement anti-hypertenseur
- Antalgiques
- Bas de compression
- **CI aux inhibiteurs de la lactation**

### **Antihypertenseurs autorisés en cas d'allaitement :**

- $\beta$  bloquants : labétolol, propranolol
- inhibiteurs calciques : nifédipine, nicardipine
- alpha méthyl dopa
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion : bénazepril, captopril, énalapril, quinapril



## 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 PLAIE COMPLEXE DE CÉSARIENNE

## Critères d'inclusion

**Stabilité clinique**

**Accord de la patiente**

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

## Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'une patiente présentant une plaie complexe de césarienne 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.**

Possibilité de mise en place d'un **traitement par pression négative (TPN) par la filière Plaie et Cicatrisation de l'HAD**

### Clinique :

- **Standard** : constantes, surveillance des seins, de l'utérus, de la cicatrice périnéale ou de césarienne, des lochies et recherche de signes de phlébites
- Evaluation de la douleur
- Etat de la plaie
- Reprise mictionnelle
- Sonde urinaire / drain

### Plaie :

- Si désunion ou déhiscence de la cicatrice, application de mèche d'Alginate de calcium de type Algosteril® puis fermeture par hydrocellulaire de type Mepilex® de taille adaptée
- Réfection quotidienne du pansement avec nettoyage de la plaie au sérum physiologique

### Biologique :

- Selon protocole de l'établissement adresseur

### Traitements :

- Antalgiques
- Anticoagulants
- Port de bas de compression

## Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en maternité **en cas d'apparition de complications**
- **Maintien à domicile** avec une surveillance simple en cas de bonne cicatrisation



SOINS ET SANTÉ  
Hospitalisation  
à Domicile

## MODALITÉS

# PRISE EN CHARGE **FERINJECT®** EN POST-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**



## Contre- indications

**Ferritinémie élevée**

**Troubles inflammatoires  
ou immunitaires**

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

**Anémie non liée à une  
carence martiale**

**Risque allergique accru**

## Modalités de *surveillance*

### Avant injection

- **Examen clinique** de la mère
- Evaluation de la **douleur**

### **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, température** toutes les 10 min

### Après injection

- **TA, Pouls, saturation, température**, 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

- Conseil d'usage donnés à la patiente ainsi que le numéro d'urgence de sa maternité en cas d'effets indésirables survenant ultérieurement



# PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU-NÉ PAG

## Indications

5<sup>ème</sup> > poids < 10<sup>ème</sup> percentile

## Critères d'inclusion

Autonomie alimentaire

Absence de facteurs de  
risque associés

Stabilité clinique

Accord parental

Parent(s) résidant dans le  
Rhône, le Nord Isère ou les  
communes limitrophes de  
l'Ain

## Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'un nouveau-né petit pour l'âge gestationnel (PAG) selon les recommandations de bonnes pratiques. Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité du nouveau-né et de la prescription du médecin adresseur.

### Clinique :

- Température, urines, selles, sommeil, biliflash
- Examen clinique
- Pesée

### Lien parents-enfant :

- A chaque visite

### Alimentation :

- Surveillance du déroulement de l'allaitement maternel : fréquence, durée des tétées, positions et présence de complications.
- Surveillance de la mise en place d'un tire-lait si nécessaire.
- Surveillance de l'allaitement artificiel : fréquence, quantité, présence de complications

### Traitement :

- Cholécalférol

## Modalités de sortie

- **Réhospitalisation** en service pédiatrique en cas de prise de poids insatisfaisante ou d'apparition de complications
- **Maintien à domicile** avec une surveillance simple en cas de bonne prise pondérale et relai du parcours de soins avec les professionnels de santé qualifiés



SOINS ET SANTÉ  
Hospitalisation  
à Domicile

## MODALITÉS

# PRISE EN CHARGE D'UN NOUVEAU-NÉ NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE DE L'ICTÈRE (À BILIRUBINE NON CONJUGUÉE)

## Critères d'inclusion

**Autonomie alimentaire**

**Stabilité clinique**

**Accord parental**

**Parent(s) résidant dans le  
Rhône, le Nord Isère ou les  
communes limitrophes de l'Ain**



## Critères d'exclusion

**Parents non observants  
et/ou non compliant**

**Trajet domicile / maternité –  
urgences pédiatriques  
estimé trop long en fonction  
de la situation**

**Domicile non adapté à une  
PEC en HAD**

## Modalités de surveillance

Ce document décrit la surveillance d'un nouveau-né ayant un ictère à bilirubine non conjuguée selon les recommandations de bonnes pratiques. **Celle-ci fera l'objet d'adaptations en fonction de la spécificité du nouveau-né et de la prescription du médecin adresseur.**

### Clinique :

- Température, urines, selles, sommeil
- Examen clinique du nouveau-né : à chaque passage, à la recherche, notamment, de signes neurologiques
- Surveillance de l'ictère par biliflash
- Pesée, à chaque passage

### Lien parents-enfant :

- Surveillance de l'établissement de la relation parents-bébé et de l'état psychique des parents.

### Alimentation :

- Surveillance du déroulement de l'allaitement maternel : fréquence, durée des tétées, positions et présence de complications.
- Surveillance de la mise en place d'un tire-lait si nécessaire.
- Surveillance de l'allaitement artificiel : fréquence, quantité, présence de complications

### Traitements :

- Cholécalficérol ou tout autre traitement prescrit

### Prélèvements biologiques :

- Des prélèvements biologiques prescrits peuvent être réalisés au domicile

## Modalités de sorties

- **Une réhospitalisation** en service pédiatrique en cas de majoration de l'ictère ou apparition de complications
- **Un maintien à domicile** avec une surveillance simple. Pour cela, il faudra s'assurer de différents points :
  - L'ictère est spontanément résolutif
  - Les parents sont autonomes dans la prise en charge de leur nouveau-né
  - Les liens avec la PMI et les intervenants libéraux sont organisés
  - La famille adhère au suivi proposé suite à la PEC en HAD