Abstract SFMP 2017

Titre

Place de l’hospitalisation à domicile (HAD) dans le parcours des nouveau-nés en Ile de France (IDF)

Mots-clés

Hospitalisation à domicile (HAD), nouveau-né, prématuré, projet régional de santé

Introduction

L’HAD en écourtant la durée d’une hospitalisation complète après des soins intensifs devrait favoriser le lien parent-enfant et l’allaitement, en particulier pour des nouveau-nés à haut-risque comme les extrêmes ou grands prématurés.

Des modifications de la tarification de l’HAD sont en cours au niveau national. Un groupe de travail multidisciplinaire piloté par la référente thématique pour l’HAD de l’Agence Régionale de Santé a souhaité mieux connaitre le rôle de l’HAD pour les nouveau-nés. La réduction des inégalités sociales ou territoriales de santé est une des priorités du projet régional de santé d’IDF.

 Méthode

Exploitation des données du système d'information en périnatalité PERINAT-ARS-IDF à partir des données du PMSI Un chaînage est réalisé entre les résumés de sortie d’hospitalisation en maternité ou en néonatalogie et les résumés d’HAD jusqu’en juin 2016, pour les nouveau-nés d’IDF de 2015. Ces données comportent outre l’âge gestationnel, les diagnostics et actes pratiqués en néonatalogie et le motif d’admission en HAD, la durée du séjour et le lieu de résidence.

Résultats

Les maternités d’IDF ont enregistré 181 331 naissances vivantes en 2015, dont 1,5% avant 33 SA. Parmi les 172420 séjours chaînables, 24126 nouveau-nés sont sortis de néonatalogie dont 1481 vers une HAD (6,1%).

L’utilisation de l’HAD est très variable selon les départements et les établissements.

La durée moyenne du 1er séjour d’HAD varie autour de 30 jours pour les 22-26 sa, 17-20 jours pour les 27-33 sa et 14-17 jours pour le s34-37 sa. Le mode de prise en charge principal en HAD était « Education du patient et /ou son entourage » ou « prise en charge du nouveau-né à haut-risque » dans 92% des cas.

Le recours à l’HAD était plus fréquent pour les extrêmes et grands prématurés (23% pour les moins de 32 SA, 10% pour les 32-36 SA et 2% à partir de 37 SA) mais les prématurés modérés représentaient la plus grande partie des enfants (52%). En comparaison avec ceux sortis directement à domicile, les enfants en HAD ont eu des séjours statistiquement plus longs en néonatalogie à âge gestationnel égal mais avec plus de pathologies sévères.

Discussion- Conclusion

Les variations territoriales du recours à l’HAD après néonatalogie ne sont pas toujours expliquées par les différences de volume ou taux de prématurés.

Seul le chaînage des résumés permet de décrire le profil des parcours de nouveau-nés hospitalisés. Un lien avec le suivi ultérieur des nouveau-nés vulnérables est à construire.

Catherine Crenn Hebert1,

Centre périnatal, Hôpital Louis Mourier, APHP, PERINAT-ARS-IDF, France,

Claudie Menguy2

Service d’Information Médicale, CHI A Grégoire, Montreuil , PERINAT-ARS-IDF, Paris, France

Elodie Lebreton3

PERINAT-ARS-IDF, Paris, France

Chloe Poulain4

PERINAT-ARS-IDF, Paris, France

Marina Martinowsky5

Direction de l’offre de soins, ARS-Ile de France, Paris, France