

Place de l'hospitalisation à domicile dans le parcours des nouveau-nés en Ile de France

Dr C. Menguy ^{a,c}, Dr C. Crenn Hebert ^{a,b},
E. Lebreton ^a, C. Poulain ^a,
M. Martinowsky ^d . E. Devaux ^d

a: Perinat-ARS-IDF, b: Maternité, CHU Louis Mourier, APHP, Colombes c: DIM, CHI André Grégoire, Montreuil d: DOS, ARS Ile de France

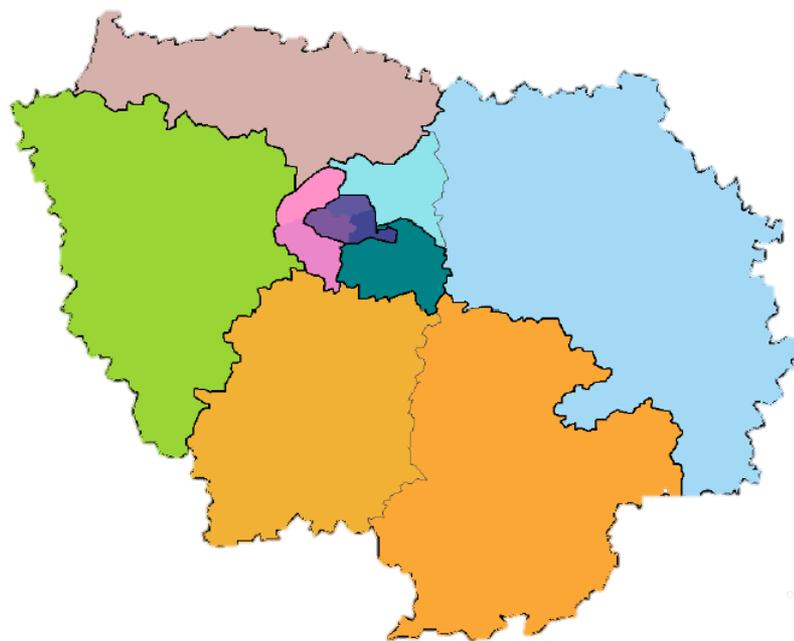
Plan

- Contexte et objectifs
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

Contexte et objectifs

- **HAD**
 - favoriser le lien parents-enfants et l'allaitement chez les NN à risque (grands prématurés)
 - Diminuer la durée d'hospitalisation après le séjour en réanimation et ou soins intensifs
- **Discussions** sur repositionnement de l'HAD et évolution de sa tarification
- **Connaître place de l'HAD dans le parcours des NN et suivre son évolution** : Demande d'un groupe multidisciplinaire piloté par référente HAD de l'ARS IDF.

Région Ile de France



- 8 départements
- 7 réseaux périnataux
- 180 000 naissances (24% /France)
- 30 000 séjours de néonatalogie
- 2750 grands prématurés

Méthode

Population:

- ensemble des enfants nés vivants en Ile-de-France, sortis en 2015 et hospitalisés dans un service de néonatalogie lors du séjour de naissance ou d'un séjour consécutif à celui-ci.

Source des données: PMSI (ATIH)

Chaînage (clé d'anonymisation / N° SS, sexe, DDN) entre:

- Résumés standardisés anonymes (RSA)
- Résumés des séjours d'HAD (RPPSA) (jusqu'en juin 2016 / NN domiciliés en IDF de 2015)
- Chaînage manuel pour jumeaux de même sexe / PN et Diagnostic

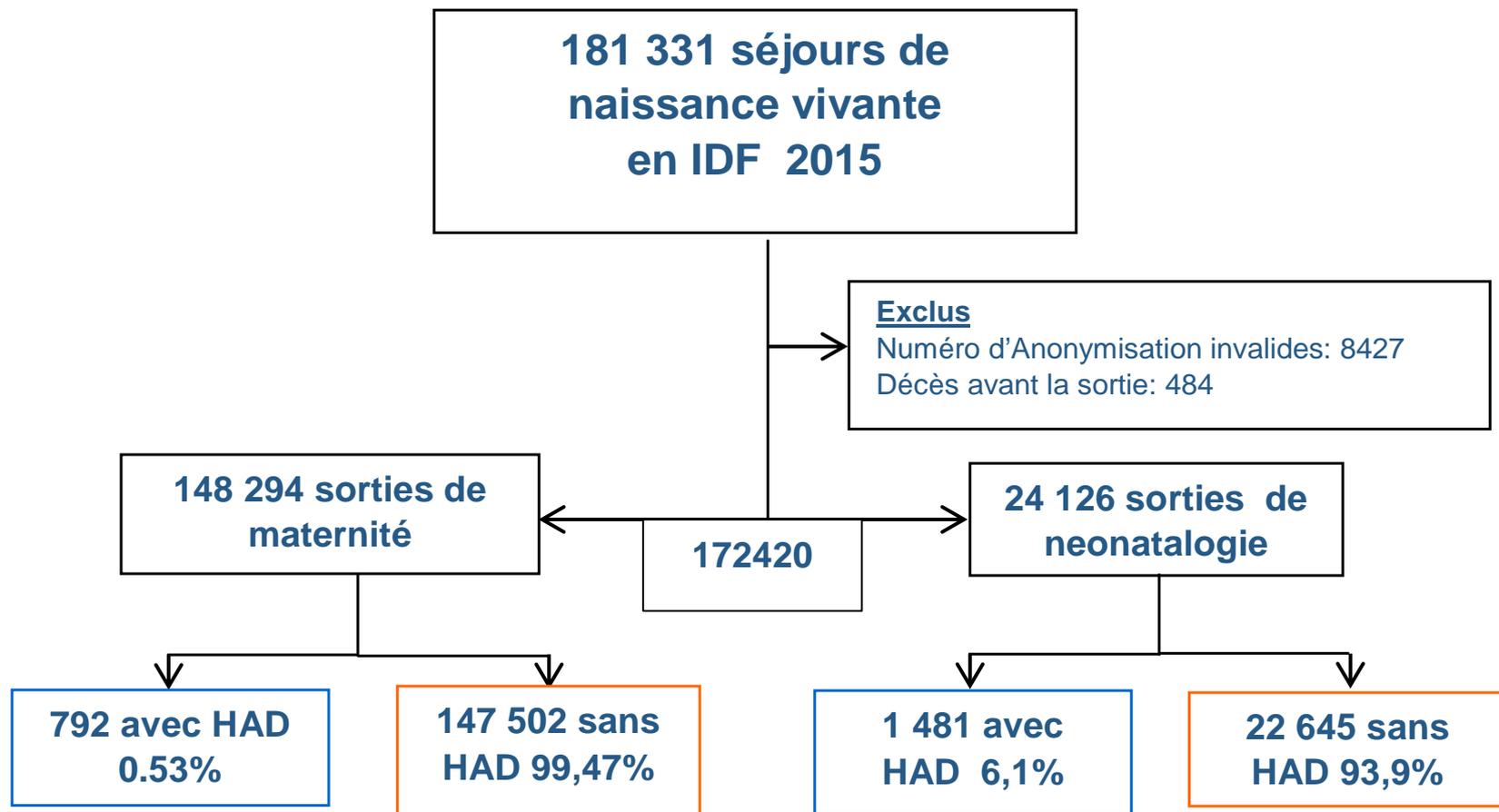
Données:

Age Gestationnel et poids de naissance, Dg et Actes, durée de séjour,
Motif d'admission en HAD
Lieu de résidence

Résultats

1. Parcours global
2. HAD après séjour en Néonatalogie
3. Recours à l'HAD pour les grands prématurés

Parcours global avec ou sans HAD

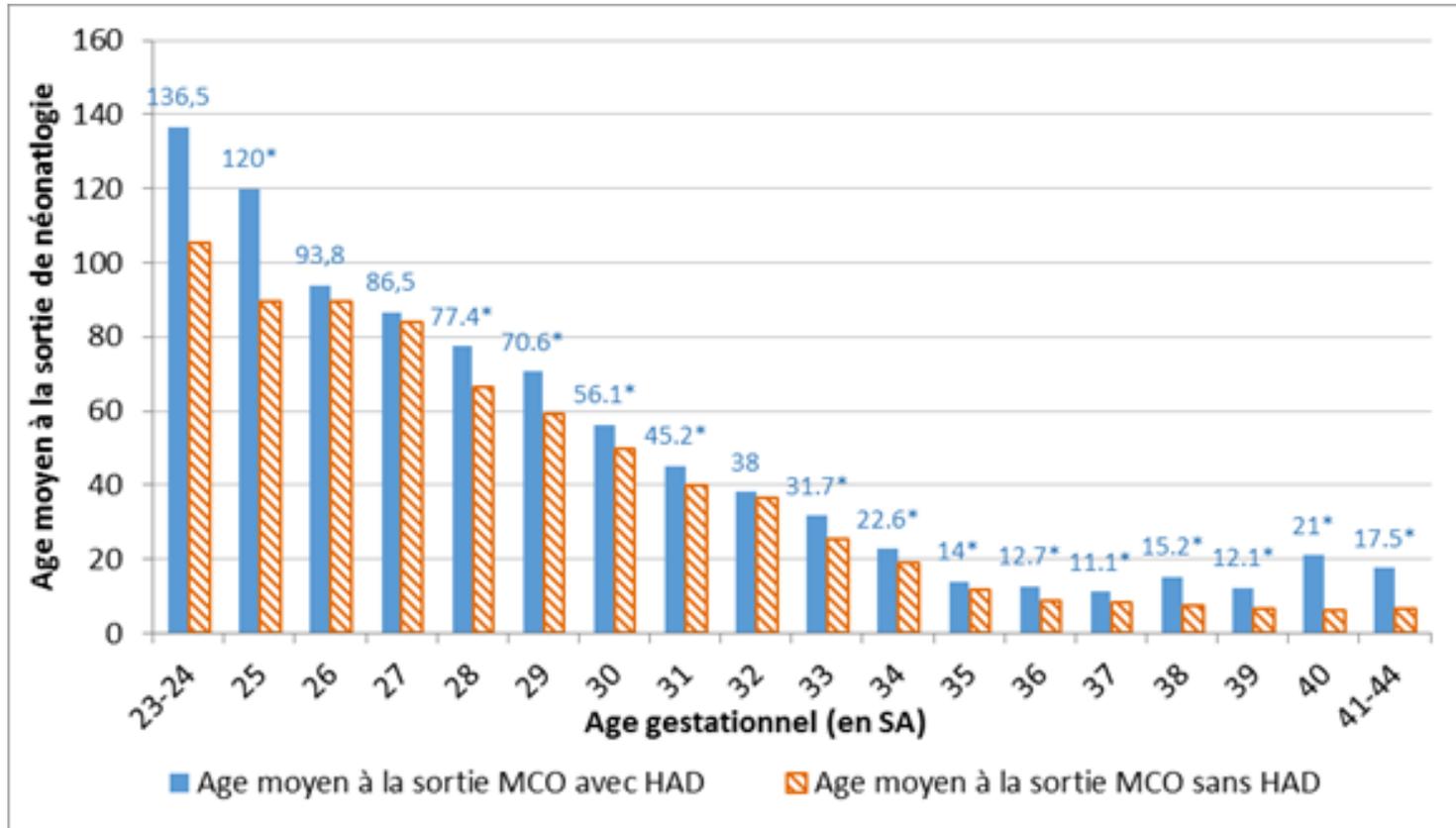


HAD après séjour en Néonatalogie et département de domicile

Domicile (dept)	HAD		Sortie sans HAD	
	N=1481	%	N=22465	%
Paris (75)	298	8,9	3040	91,1
Seine et Marne (77)	362	14,5	2137	85,5
Yvelines (78)	11	0,5	2033	99,5
Essonne (91)	200	6,4	2906	93,6
Hauts de Seine (92)	248	8	2859	93,6
Seine St Denis (93)	133	3,4	3068	96,6
Val de Marne (94)	203	6,2	3068	93,8
Val d'Oise (95)	8	0,4	2059	99,6
Autres	18	2,4	735	97,6

P < 0,05

Durée de séjour en Néonatalogie avec ou sans HAD

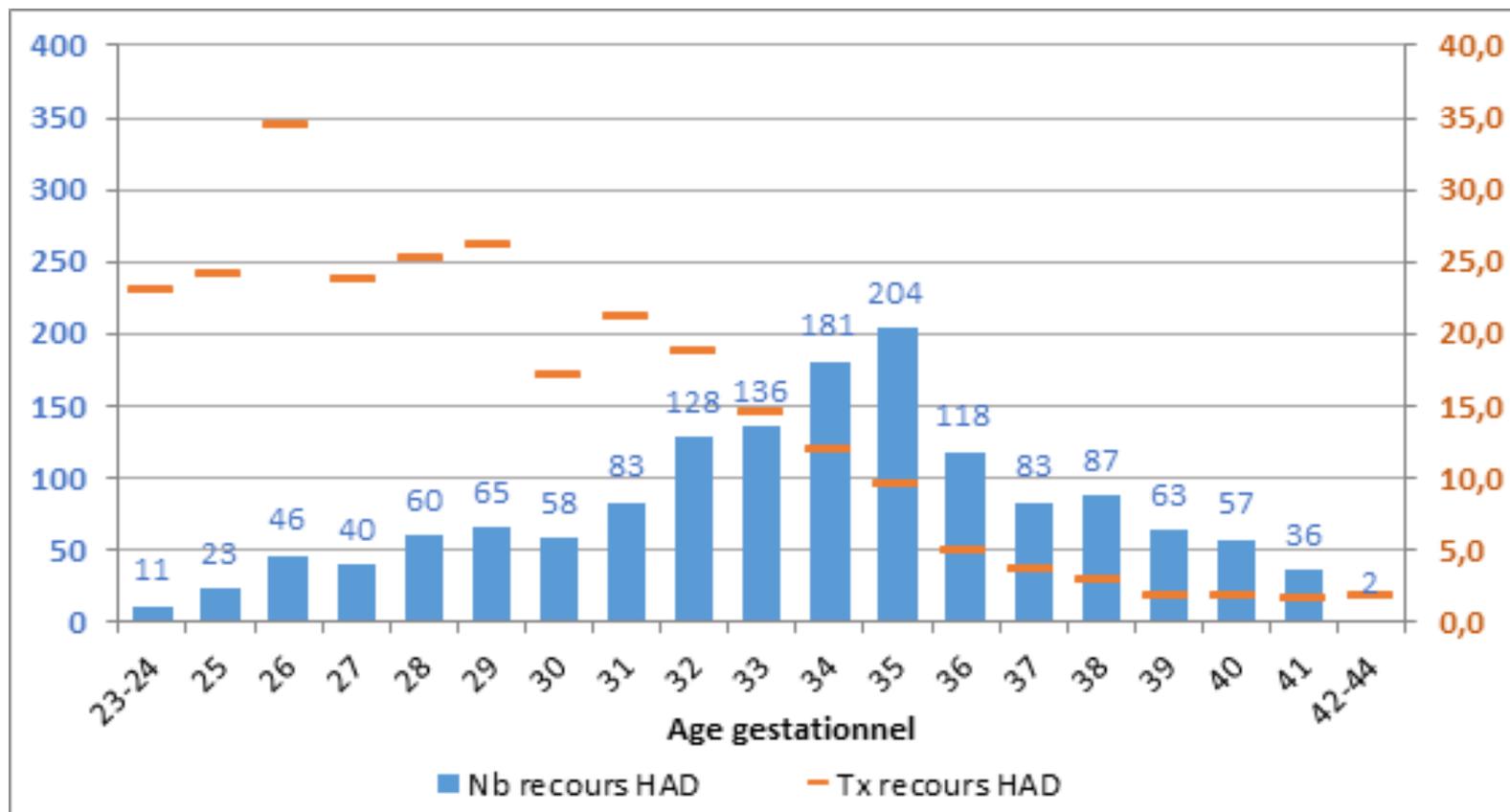


*p < 0,05

Sortie avec HAD

Sortie sans HAD

Sortie en HAD selon le terme de naissance



Nombre de sorties en HAD

Taux d'HAD

HAD: critères et motifs

Référentiel HAD inclusion	HAD NN IDF 2015-2016
Etats complexes (27 462 patients distincts en 2015, soit 26% des patients en HAD en France)	Prise en charge du NN à Haut-Risque (1 489 patients distincts en 2015, soit 50% de l'activité en France pour ce Mode de prise en charge)
Période limitée	
Equipe pluriprofessionnelle , compétences non disponibles en libéral (procédures techniques , ergothérapie, ..)	
Dispositifs médicaux ou médicaments de la réserve hospitalière	
Soins ou éducation > 2 heures, -> 4 fois /j	Education du patient ou de son entourage
Soins continus avec astreinte téléphonique H24 et visite possible d'IDE la nuit en cas d'urgence	
Coordination Hôpital - Ville	

92%

HAD et pathologies du séjour en néonatalogie

code CIM10	Pathologie séjour néonat	HAD		Sortie sans HAD	
		n=1481	(%)	n=22645	(%)
	Affections respiratoires				
P220	Sd Détresse respiratoire du NN	398	26,9	2287	10,1
P271	Dysplasie Broncho-pulmonaire NN	182	13,0	457	2,0
	Affections digestives sévères				
P77	Entérocolite ulcéro nécrosante	26	1,8	136	0,6
P780, P781	Perforation Intestinale périnatale, autres peritonites	228	15,4	1625	7,2
	Troubles neurologiques				
P52	Hémorragies intra-craniennes	99	6,7	442	2,0

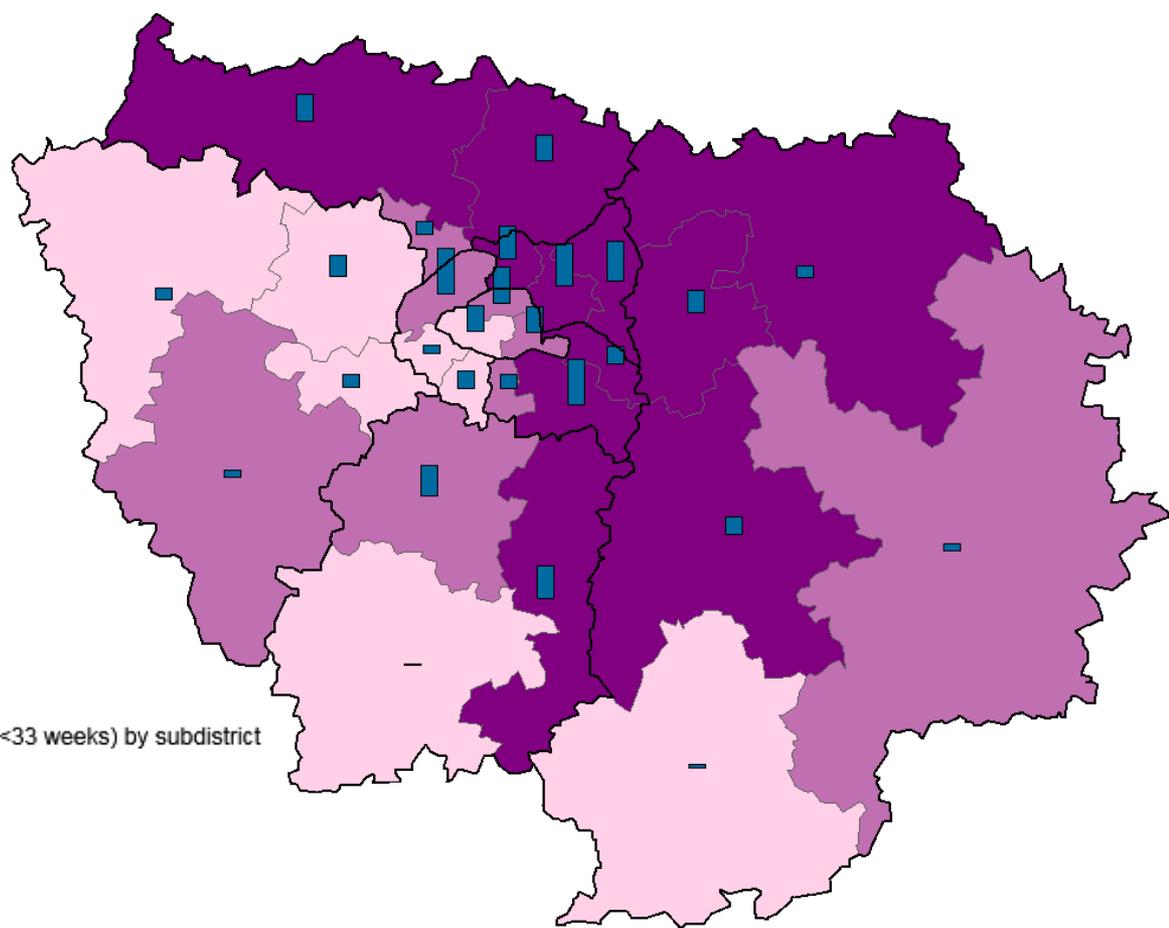
Discussion

- Pas de réduction de durée de séjour avec HAD mais pathologies plus sévères et niveau de soins plus élevé
- Variations territoriales du recours à l'HAD non expliquées par les différences de volume ou taux de prématurés
- En 2015, l'HAD pour les nouveau-nés n'étaient pas développée dans certains départements

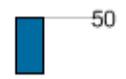
Distribution des grands prématurés selon le domicile (PMSI 2014-2016)

Nb annuel moyen
par canton de
NN < 33 SA

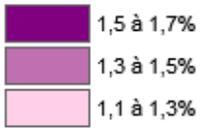
Tx de NN < 33 SA
par canton



Average annual number of VPTI (<33 weeks) by subdistrict



Proportion of VPTI by subdistrict



Conclusion

- Le chaînage du PMSI MCO et du PMSI HAD
 - permet de suivre le parcours des nouveau-nés entre les deux secteurs, bien qu'il soit difficile de mesurer l'ampleur du sous-chaînage dû au numéro anonyme invalide ou au changement d'affiliation d'un nouveau-né d'un parent à un autre.
 - renseigner le PMSI HAD de données manquantes
 - peut rendre compte de modes de fonctionnements différents selon les établissements HAD et les établissements adresseurs.
- Le codage PMSI MCO des nouveau-nés pris en charge secondairement en HAD met l'accent sur la lourdeur des pathologies plus fréquemment retrouvées dans ce groupe.
- Lien à construire avec le suivi ultérieur des nouveau-nés vulnérables.



Merci de votre attention!

Périnat ARS-IDF , www.perinat-ars-idf.org

Elodie Lebreton: statisticienne et épidémiologiste

Chloe Poulain: statisticienne

Dr Claudie Menguy: Pédiatre néonatalogiste, Médecin DIM

Dr Catherine Crenn Hebert: Obstétricienne médecin d'évaluation

Groupe de travail HAD en néonatalogie:

Dr Marina Martinowsky: Référente ARS

Emmanuelle Devaux ARS