
Hospitalisation à domicile en néonatalogie



N Montjoux C Casper
Unité de Néonatalogie
Hôpital des Enfants - Toulouse

Objectifs

Favoriser l'interaction entre les parents et leur bébé
Place centrale des parents de l'enfant dans les soins
Soutenir le lien parents /enfant

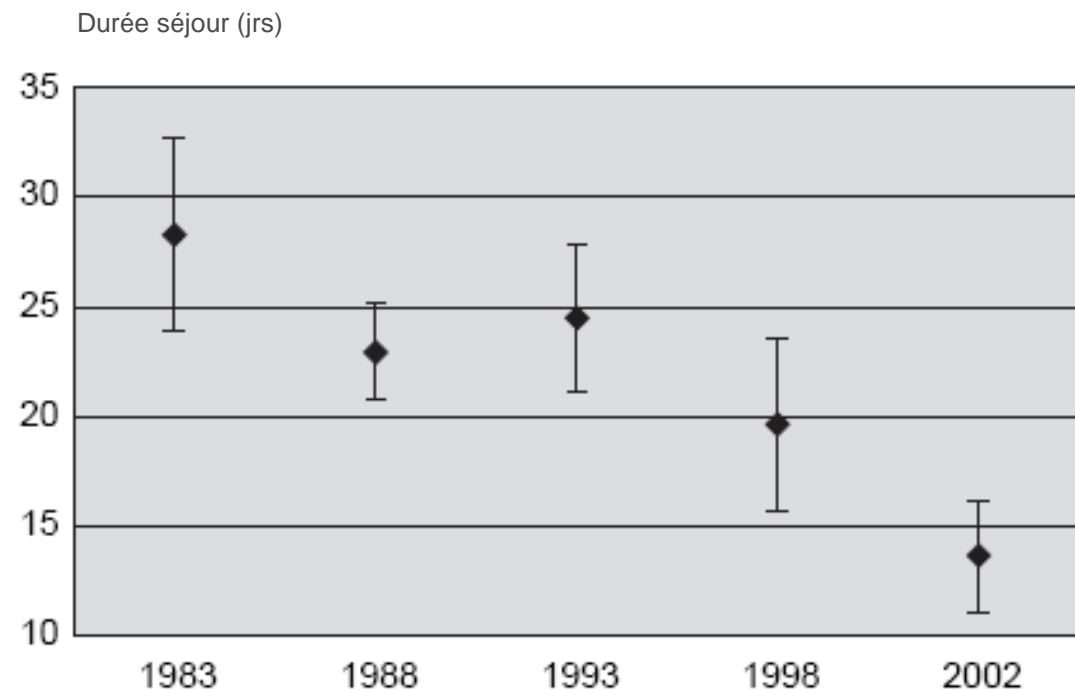
Diminuer les nuisances environnementales liées à l'hospitalisation

Promouvoir l'allaitement maternel
Permettre le relais sonde/tétée des bébés prématurés à domicile

Diminuer les durées d'hospitalisation et les coûts,
libérer des lits d'hospitalisation traditionnelle

L'expérience scandinave : sortie en HAD quand l'autonomie alimentaire n'est pas acquise

- Demande parentale
Akerström 2004
- Relai possible en HAD
Altman 2006



Cadre légal en France favorable à des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle

Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 fév 2004

Circulaire DHOS/03 n°2006-506 du 1 déc 2006

« Assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité ou la fréquence des actes »

Art R712-2-1 Code de Santé Publique

Ouverture d'une HAD en néonatalogie en 2008 à Toulouse : les indications

- Sorties précoces de nouveau-nés prématurés en cours d'apprentissage des tétées
- Prise en charge de nouveau-nés à risque: hypotrophes, prématurés modérés en sortie de maternité
- Prise en charge d'enfants bronchodysplasiques
- Traitement anti-infectieux par voie parentérale en période néonatale
- Syndrome de Pierre-Robin, difficultés d'alimentation, mauvaise prise de poids
- Surveillance d'un traitement en cas de pathologie à risque de conséquences majeures et de contexte social difficile

Apprentissage des tétées à domicile

- Poids minimum de 1700 g
 - Age corrigé d'au moins une semaine pour les moins de 35 SA et d'au moins 3 jours pour les plus de 35 SA.
 - Stabilité thermique.
 - Etat cardio-respiratoire stable depuis au minimum 72 heures sans traitement analeptique respiratoire depuis au moins une semaine. Enregistrement cardio-respiratoire sans apnée centrale
 - Alimentation entérale exclusive avec une période d'apprentissage des tétées au sein ou au biberon suffisante c'est-à-dire capacité de téter 5 ml deux fois par jour, avec une bonne synchronisation succion - déglutition
 - Accord écrit des parents
 - Capacités parentales suffisantes
 - Accord écrit du médecin traitant
 - Caractéristiques du domicile compatibles avec une sortie précoce et le domicile situé dans un rayon de 30 km autour du CHU.
-

Fonctionnement de l'unité

- Unité au sein de l'unité de néonatalogie – 5 lits
 - Médecin coordonnateur : Nathalie Montjoux
 - 2.5 ETP d'infirmières / puéricultrices
 - 0.2 ETP assistante sociale
 - 0.2 ETP secrétariat
-

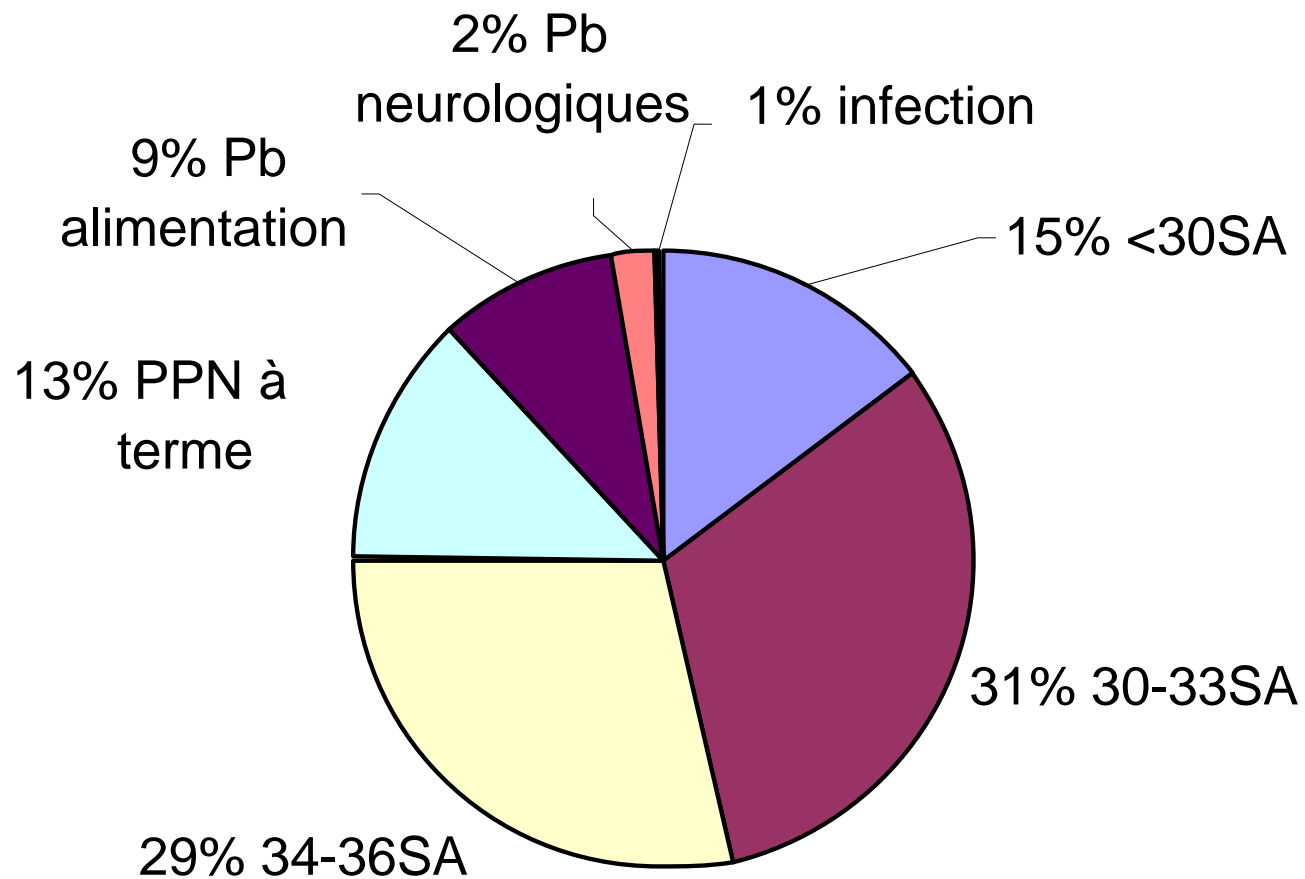
Fonctionnement de l'unité

- Permanence de jour 7 jours sur 7 de 8 heures à 17 heures
 - Permanence téléphonique 24H/24
 - Visites quotidiennes des puéricultrices
 - Consultation médicale hebdomadaire par un médecin de néonatalogie
 - Réadmission immédiate en néonatalogie si nécessaire
-

Activité 2008-2009

- 185 enfants admis du 26/05/2008 au 10/05/2009
 - Taux d'occupation des lits: 120%
 - Provenance : 144/185 (78%) unité de néonatalogie
 - A la naissance :
 - Age gestationnel moyen : 33 SA +6 jours (+/- 3sem+5j)
 - Poids de naissance moyen : 1983 g (+/-765g)
 - A l'entrée en HAD :
 - Age corrigé moyen : 37 SA +6 jours (+/-2sem+2j)
 - Poids moyen : 2370 g (+/-440g)
 - Durée d'hospitalisation moyenne: 10.7 jours (+/-5.7)
-

Pathologies prises en charge



Réadmissions en néonatalogie: 16 enfants (8%)

- Mère réhospitalisée: 2 enfants
 - Hernies: 5 enfants
 - Vomissements sans gravité: 1 enfant
 - Ballonnement abdominal: 1 enfant
 - Malaise à la prise de médicament: 1 enfant
 - Photothérapie: 2 enfants
 - Transfusion sanguine: 1 enfant
 - Gène respiratoire: 3 enfants dont une bronchiolite
 - Inquiétude sur les capacités parentales: 1 enfant
-

Prématurés en cours d'autonomisation alimentaire (n= 49)

- A la naissance :
 - AG moyen 31SA + 6 jours (+/-2 SA +3j)
 - PN moyen 1682g (+/- 505g)

- Complications de la prématurité:
 - 2 bronchodysplasies
 - 1 ECUN
 - 3 LPV cavitaire /HIVIII IV

- A l'entrée en HAD :
 - AC médian: 36 sem + 2 jours (min 34SA)
 - Poids moyen: 2 196 g (+/-325g) (min 1720g)

- Durée moyenne de séjour: 15.8 jours (+/-7)

- A la sortie de l'HAD:
 - AC médian: 38 sem + 5 jours (min 36 SA +3)
 - Poids moyen: 2481g (+/-310g)

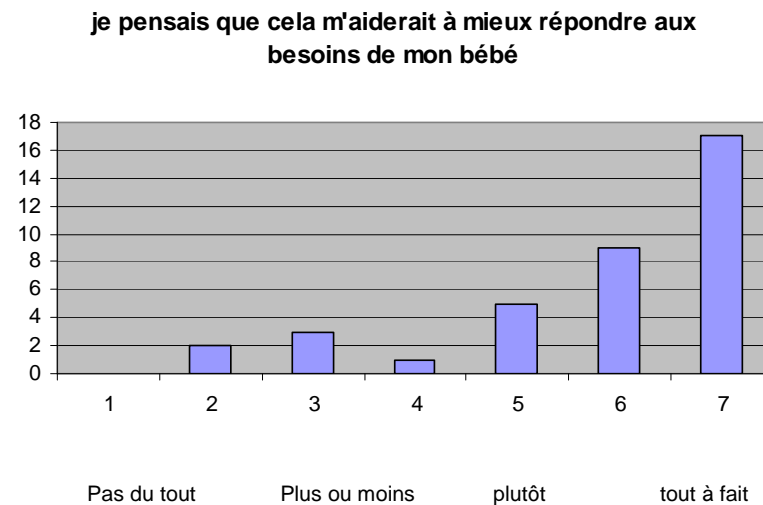
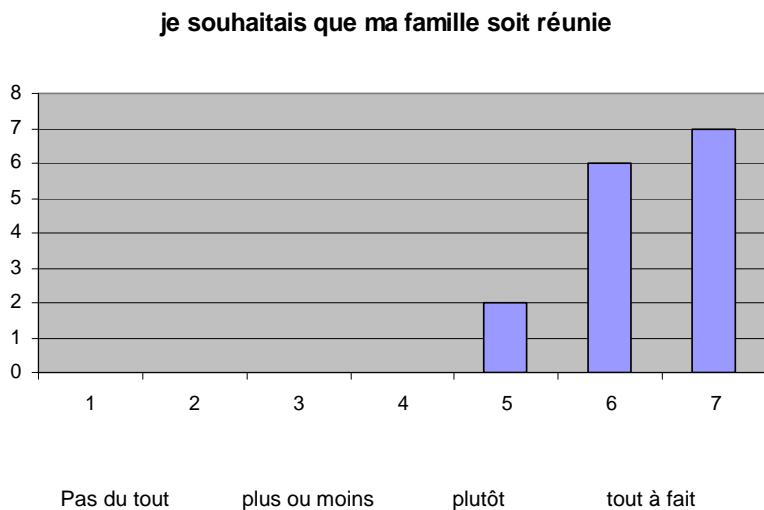
Prématurés en cours d'autonomisation alimentaire

- Nombre de jours moyen de sonde naso-gastrique :
6 jours
- Allaitement maternel en fin d'HAD:
 - Exclusif: 73.5 %
 - Mixte: 10%



Satisfaction des familles

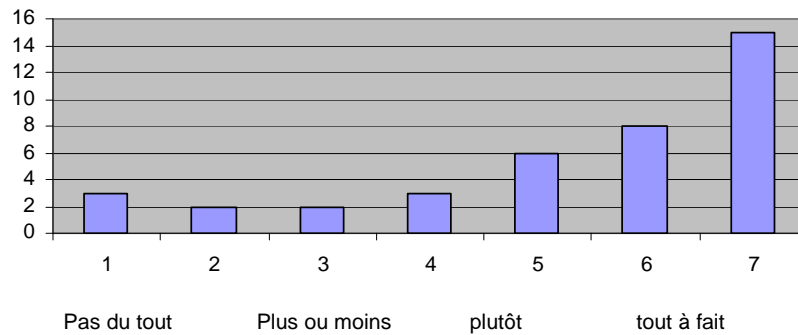
J'ai accepté le retour à la maison plus précocement car



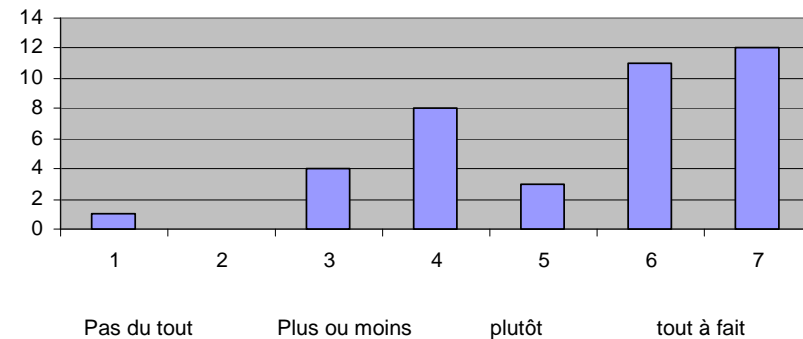
Satisfaction des familles

La pratique de l'alimentation avec la sonde (alimentation entérale discontinue ou AED)

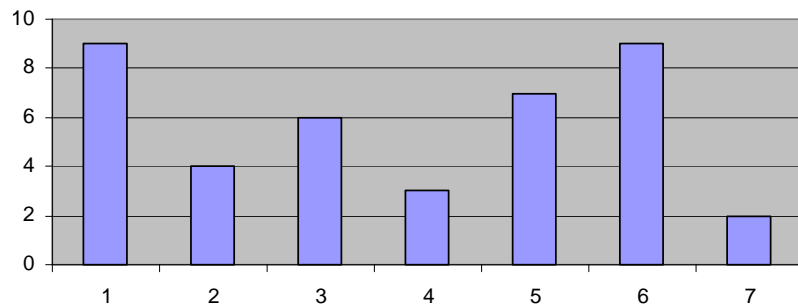
L'AED m'a permis de me sentir plus proche de mon bébé, de mieux le connaître



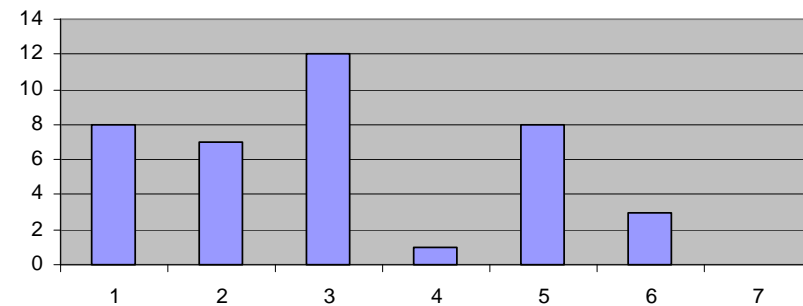
J'ai trouvé que l'AED était facile à pratiquer dans notre vie à la maison



La pratique de l'AED était parfois contraignante



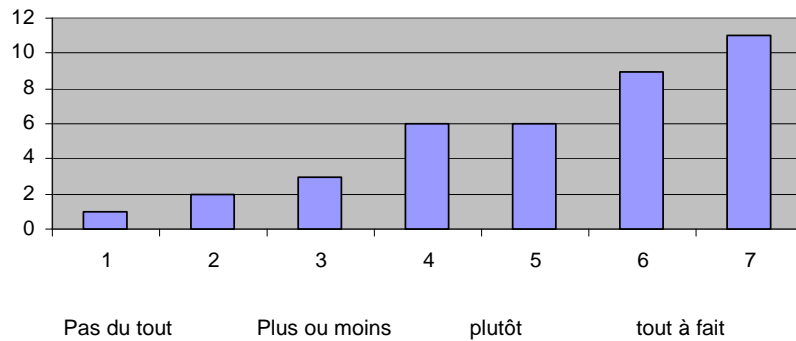
J'ai été parfois inquiet en pratiquant l'AED



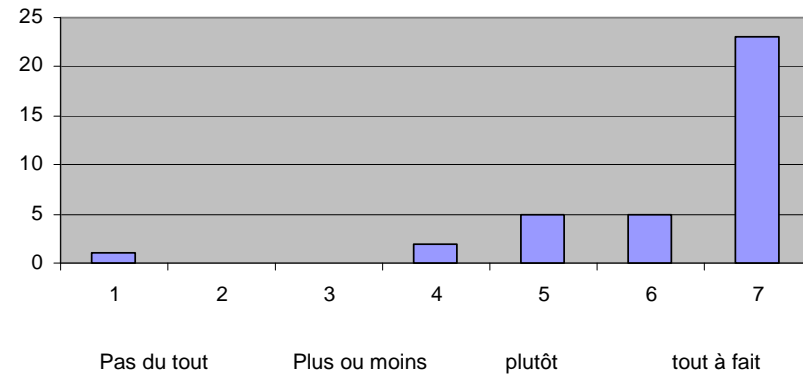
Satisfaction des familles

La prise en charge à domicile...

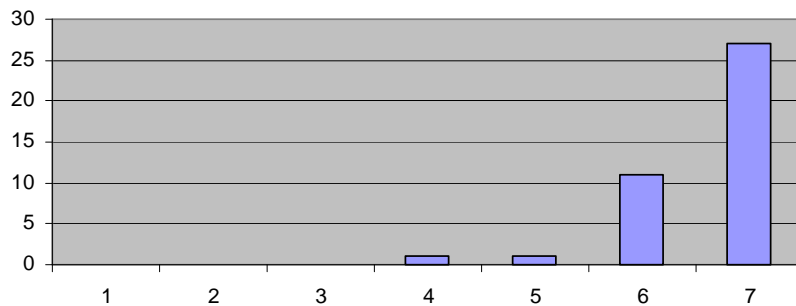
a permis que mon bébé soit plus apaisé (sommeil, pleurs...)



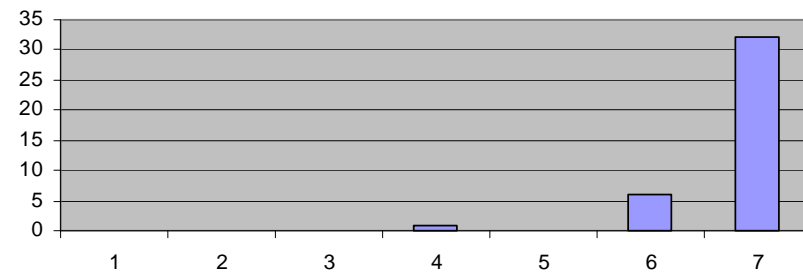
m'a permis de continuer l'allaitement de mon bébé



m'a rassurée sur l'évolution de mon bébé



m'a apporté des conseils sur la prise en charge de mon enfant



Conclusion

- Demande parentale réelle et fonctionnement satisfaisant
- Augmentation du nombre de lits à 10
- Axes d'amélioration ?

