



Spécificités des prises en charge en HAD

Filière pédiatrique

Dr Edith Gatbois , pédiatre HAD AP-HP , Paris

DIU HAD , Module 4

15 janvier 2025

21 janvier 2025



Mission en HAD pédiatrique

Accompagner le développement de l'enfant malgré la maladie

Axes d'intervention : prévention, éducation à la santé, traitement

Autonomie des familles en préservant la dimension fondamentale du domicile

HAD pédiatrique

Au service des patients : répondre aux attentes et aux besoins spécifiques de l'enfant et sa mère en apportant des prestations adaptées, individualisées et concertées en interdisciplinarité

Reconnaître l'enfant et/ou la mère malade et leur entourage comme acteurs et partenaires de soins. Les aider par l'information, l'éducation thérapeutique et à la santé à devenir autonomes ou les soutenir dans tout accompagnement y compris en fin de vie



Quelques repères :

L'offre de soins pédiatrique

- Reconnaissance de l'activité de soins et développement de mentions spécialisées
- 7 143 125 Journées soit + 30 % en 5 ans
- 168 000 patients soit + 37 % en 5 ans

Prise en soins pédiatrique 2023

Hospitalisation avec hébergement

- 200 000 enfants hospitalisés / an
- 16% des hospitalisations
- 9% des journées

Hospitalisation à Domicile

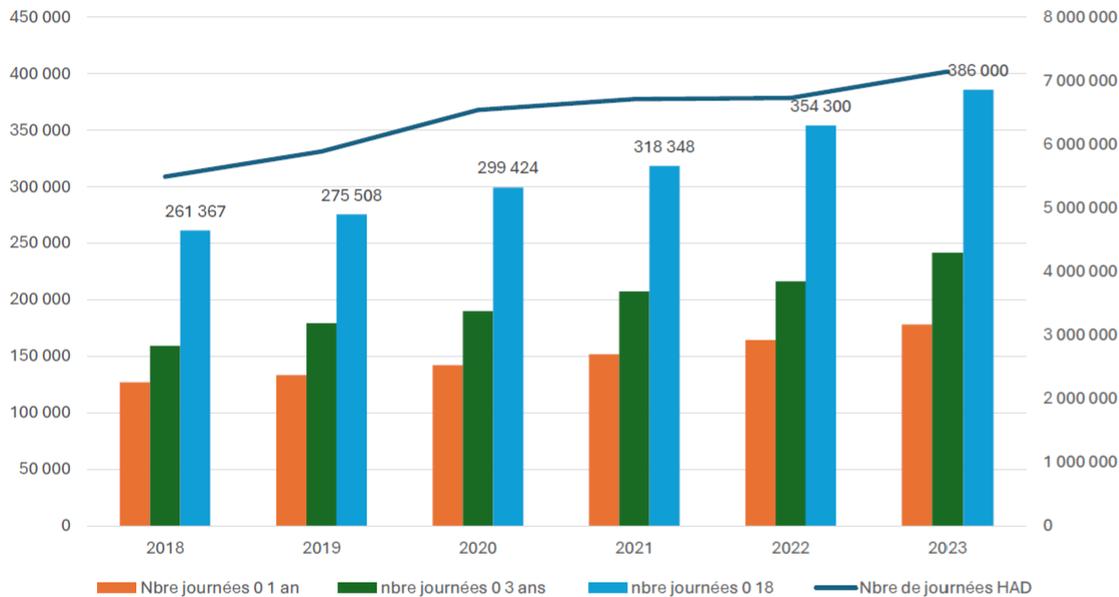
- 386 000 journées
- 5 % des journées d'HAD
- DMS 16,5 jours



Quelques repères :

L'activité pédiatrique en HAD en progression constante

Evolution du nombre de journées pédiatriques en HAD selon l'âge (source ATIH)



- + 58 % de journées en 5 ans
- Enfants 0-1 an: 45 % des journées
- Enfants 0-3 ans: 62% des journées
- 261 HAD ont une activité pédiatrique

Les MPP les plus représentés

- 15 - Education du patient et de son entourage
- 6 - Nutrition entérale
- 8 - Autres traitements
- 22 - Prise en charge du nouveau-né
- 1 - Assistance respiratoire



DMS en HAD pédiatrique

DMS HAD pédiatrique

DMS
adulte
24,25 jours

DMS	Jours
DMS HAD -18 ans	16,5 jours
DMS HAD 0 -1 an	19 jours
DMS HAD 0 - 3 ans	18,5 jours
DMS HAD 5 -17 ans	13 jours

l'anap agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale
l'expertise en partage


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*



Reforme des autorisations :

Mention enfant moins de 3 ans

Pourquoi cette limite d'âge de 3 ans ?

- Référence aux 1000 premiers jours
- Enjeu de la sécurité des soins
- Exigence de la formation/ qualité des soins
- Equité d'accès à cette offre de soins
- Ressource rare

Des équipes formées compétentes

- Des équipes spécialisées (pédiatres, puéricultrices)
- Lien de confiance avec l'enfant
- Compétence des professionnels
- Meilleure posture dans les prises en soins palliatives
- Lien de confiance avec les prescripteurs

Mention
enfant
moins de 3 ans



Quels parcours et quelles pathologies ?

Néonatalogie

Filière Hémato-
oncologie

Polyhandicap

Hôpital de jour à
Domicile

Parcours

Les soins
palliatifs

Gestion des
crises sanitaires

Parcours
chirurgical



Spécificité de la prise en charge pédiatrique

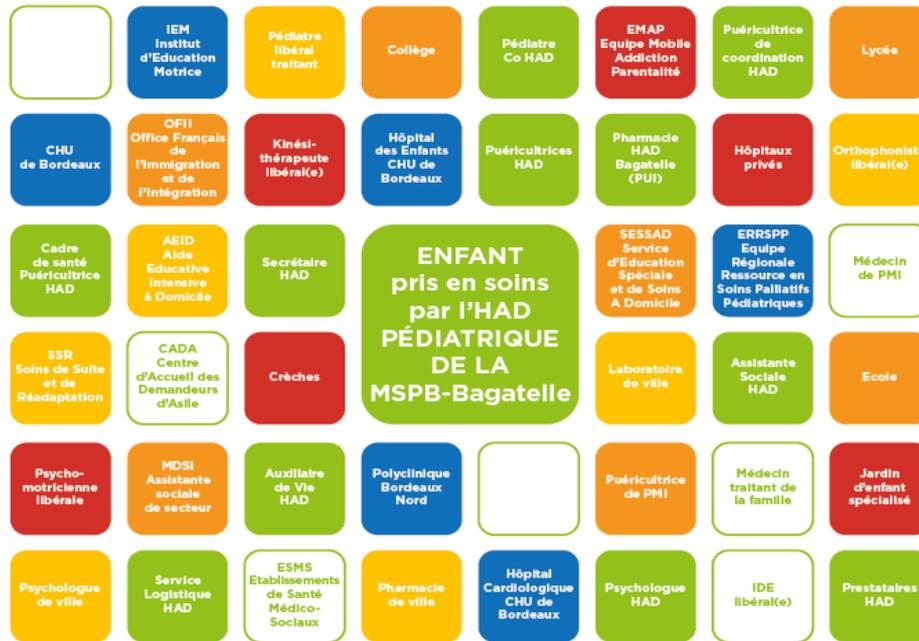
- Du nouveau-né à l'adolescent
- Un être en développement
- Pathologies rares , complexes, congénitales, génétiques
- Gestes techniques

- Le stade de développement de l'enfant
- Les lieux de vie différents
- Des parents partenaires de soins
- Un circuit du médicament et logistique adapté

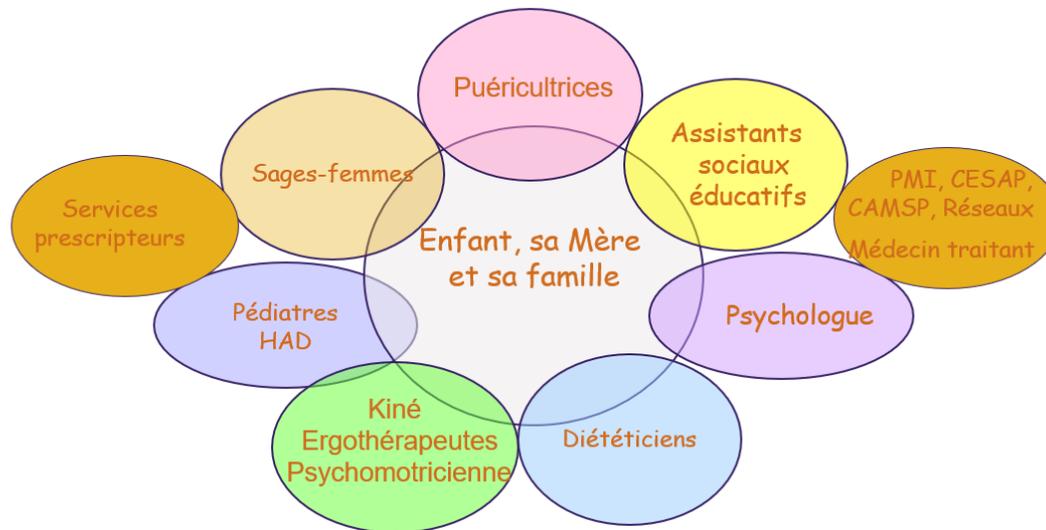
Spécificités

Statut de parents aidants , soutien à la parentalité
Education à la santé
Prévention de la maltraitance -lien ASE

DE MULTIPLES ACTEURS AU SERVICE DE L'ENFANT



Les acteurs





Filière néonatalogie

Indications principales :

Prématurité
vulnérabilité psycho sociale ,
Pathologie à révélation néonatale
ictère néonatal et Photothérapie

Néonatalogie

Accompagnement de l'enfant et sa famille à toutes les étapes du traitement autour d'un projet personnalisé, concerté coordonné et relayé.

Réassurance des compétences parentales et conseils de puériculture

Organisation de la préparation et dispensation des traitements au domicile avec surveillance de la compliance et tolérance

Poursuite de l'autonomisation des parents à l'assistance respiratoire et alimentaire

Mise en lien avec spécialisés



Cas clinique n° 1 : néonatalogie sans acte technique

Retour à domicile d'Arthur né à 34 SA avec un PN de 1820 g après un séjour de quelques jours en unité kangourou.

Objectifs HAD:

Poursuite de la surveillance clinique d'Arthur après autonomie et stabilité respiratoire et alimentaire acquise (poids minimum de 1800g et 35 SA pour transfert en HAD)

Conseils de puériculture, soutien de la relation parent/enfant, réassurance des compétences parentales

Autonomisation des parents pour l'administration des traitements

Sécurisation du retour à domicile avec organisation des relais (PMI, médecins traitants ou pédiatre)

PEC HAD de 15 à 21 jours en moyenne

Néonatalogie



En pratique:

VAD de la puéricultrice quotidiennes pendant 3 jours puis espacement

Examen clinique (poids, état général, Température...), soutien à l'allaitement pour la maman d'Arthur, évaluation de la tolérance digestive, soutien à la parentalité

Autonomisation des parents à la préparation et l'administration du traitement, réalisation d'un BS de contrôle 15 jours après son retour à domicile

Echelle d'Edimbourg systématique dans la première semaine de PEC (Importance du dépistage, Ouverture au dialogue avec les parents, Contexte de vulnérabilité particulière de tous ces parents)

Staff pluridisciplinaire (pédiatre coordinateur, puer, psychologue, diététicienne, assistante sociale)

Relais PMI et pédiatre de ville

Rédaction CRH



Cas clinique n° 2 : néonatalogie avec actes techniques

Louise 7 mois

Découverte à 24 SA d'un RCIU < 4e percentile, an amnios. Rupture prématurée des membranes à 20SA

Mise en travail spontanée à 27SA,

Césarienne en urgence, Apgar 2 / 5 , Poids de naissance 680 gr (8e percentile)

Parcours néonatal:

Broncho dysplasie sévère nécessitant une VNI , HTA

Nombreux sepsis

Hémorragie sous épendymaire grade I à gauche, hémorragie sous épendymaire grade II à droite; plage hyperéchogène parenchymateuse adjacente droite évoquant une leucomalacie

Rétinopathie du prématuré initialement stade 3 bilatérale.

Nombreuses décompensations respiratoires (Allers –Retours en Réa)

Alimentation entérale sur Sonde naso gastrique

Néonatalogie



Cas clinique n° 2

Projet HAD :

Mise en place et accompagnement d'un retour à domicile à 7 mois de vie avec VNI la nuit et oxygène à 6L/min la journée sur oxygéno dépendance FIO2 30%

Sevrage morphinique

TA X2/semaine

Education parentale sur les soins techniques

Alimentation entérale sur sonde et suivi pondéral (poids X1/sem) et adaptation régime

Soutien psycho-social

Néonatalogie



Cas clinique n° 3 : néonatalogie et protection de l'enfance

Nouveau-né transféré à une semaine de vie pour accompagnement premier retour à domicile dans un contexte de vulnérabilité psycho-sociale en attente transfert en centre maternel

Premier enfant, eutrophe à terme, drépanocytaire,

IP réalisée au niveau de la maternité (reconnaissance par un autre père que le géniteur)

Mère hébergée en CHU, Suivie anténatal par CHU/PMI/maternité

La mère présente un vulnérabilité psychiatrique anciennement suivi au CMP

Elle s'occupe seule de sa fille. Le père est très peu présent. Il a l'autorisation de venir voir le bébé au réfectoire du centre d'hébergement. Entourage familial très peu présent, avec peu de soutien.

Nombreux intervenants : psy Est parisien, PMI , CRIP, centre maternel, HAD

Rencontre de nos puéricultrices de coordination avec l'équipe de la maternité / mère / PMI / CMP / CHU

Pas d'inquiétude de l'équipe de maternité sur la relation mère bébé

Inquiétude sur l'immaturité de la mère et son coté très influençable

Planification d'une synthèse à une semaine du retour en HAD

Néonatalogie



Eléments préoccupants observés

Le portage initial peu contenant, gestes parfois brusques, paroles pas toujours adaptées.

La mère ne nomme pas sa fille par son prénom, lui parle peu ou alors lui demande de se taire.

Mère gênée par l'inconfort liée au pleurs (les pleurs la déstabilisent).

Hypervigilance. Bébé non sécurisé, s'agrippe aux vêtements des soignants avec parfois le regard dans le vide.

Lors de VAD, bébé accroche du regard, le suivi oculaire est bien observé par les puéricultrices de l'HAD. Bébé est attentive aux paroles et se calme lorsqu'on lui parle doucement.

Risque de chute (couchage sur le bord du lit de la mère), défaut de sécurité dans le couchage (bébé dort contre sa mère la nuit). Prévention chute et MIN.

Le lit parapluie initialement encombré ne sert pas de couchage donc un lit à barreaux a également été installé. Il reste peu investi actuellement.

Problème d'hygiène : chambre encombrée avec de nombreux sacs de vêtements neufs (non investis), couches et lingettes souillées au sol, sac poubelle éventré. Les vêtements de la mère et de Daphné sont régulièrement sales. Pièce assez sombre, non aérée.



Evolution :

Synthèses avec l'ensemble des professionnels concernés

Complément d'IP fait présenté à la mère

- Besoin d'accompagnement pour les gestes de la vie quotidienne et soutien à la parentalité.
- Etayage de la relation mère-enfant à soutenir et à valoriser
- L'hygiène vestimentaire et de l'environnement de vie à cadrer

La mère accepte l'aide qu'on lui propose,

Elle est demandeuse du centre maternel, accepte le suivi en HDJ à L'Est parisien mais absolument pas en hospitalisation complète.

Déménagement en centre maternel annulé par l'équipe du centre devant les troubles de la relation mère bébé avec proposition d'orientation à l'Est Parisien.

Renforcement de l'accompagnement maternel avec un étayage quotidien par les professionnels du CHU, en lien avec la PMI et l'HAD, Evolution favorable, La situation reste fragile et nécessite un cadre soutenant sur le long terme. Accompagnement quotidien et pérenne.

Admission en centre maternel à 3 mois de vie



Hémato onco

Organisation de la préparation et dispensation des traitements
Prise en charge de la douleur avec soins sous MEOPA si besoin
chimiothérapie
Surveillance post chimiothérapie
Evaluation clinique et biologique, entretien du KTC
Soins palliatifs
Mise en lien avec spécialisés

Interventions de spécialisés : diététiciens, psychologues, assistantes socio-éducatives, ergothérapeutes et kiné

Coordination

avec le service prescripteur via une coordinatrice
avec les services de proximité et réseau



Poly-handicap

Indications :

Soins palliatifs avec instabilité chronique et imprévisible

Retour au domicile après une hospitalisation prolongée

Contexte psychosocial complexe

Aggravation rendant l'orientation médico-sociale inadéquate

Les objectifs :

Autonomisation pour les soins techniques

Éviter une réhospitalisation

Coordonner les soins en l'absence de structure médico-sociale

Accompagnement cheminement parental, soutien psy

Contrôle des symptômes

Anticipation avec réflexion sur le niveau de traitement et Orientation

Suivi en séquentiel possible pour un ajustement des traitements et éviter les ré hospitalisations : HDJ-AD

Polyhandicap



HDJ-AD

Evaluation clinique et ajustement traitement

- Traitements : Enzymothérapie
PFC, albumine, Soliris ...
- Evaluation clinique pour ajustement traitement et soutien
autonomisation :
SPP, polyhandicap, situations complexes
accompagnement observance des traitements

HDJ-AD



Soulager la douleur : préoccupation majeure

Anticiper la douleur provoquée par les soins, traiter la douleur existante

- Connaître le vécu de l'enfant en hospitalisation (le temps de l'évaluation par PDE de coordination)
- Mettre en œuvre au domicile les mêmes moyens qu'à l'hôpital (dont PCA morphine)
- Utiliser les protocoles de l'HAD (ex : protocole Lidocaïne / Bicarbonate pour injection IM)
- distraction

Une équipe formée

Soulager

LE DOMICILE UN ATOUT POUR LE SOIGNANT : Milieu connu par l'enfant, rassurant.

Immersion dans l'univers de l'enfant, un atout pour repérer ses centres d'intérêts, les thèmes à privilégier pour entrer en relation.

Présence de la fratrie, qui souvent participe à la distraction

Possibilité laissée aux parents de ne pas participer au soin.

Soins en binôme PDE si nécessaire



Evaluation de la douleur en pédiatrie

TILTT PÉDIATRIE

Échelle d'hétéro-évaluation

	Échelles	Indications	Application
0 à 3 mois	DAN (Douleur Aiguë du Nouveau-né)	Douleur provoquée par un soin	Score de 0 à 10 Seuil de traitement à 3
	EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né)	Douleur de base + ou - prolongée ou répétitive	Score de 0 à 15 Seuil de traitement à 4
Jusqu'à 7 ans	ÉVENDOL	Tout type de douleur (aiguë et chronique) Enfant de 0 à 7 ans	Score de 0 à 15 Seuil de traitement à 4
	HÉDEN (Hétéro Evaluation de la Douleur de l'Enfant DEGR abrégée)	Douleur prolongée chez l'enfant de 2 à 7 ans atteint de cancer	Score de 0 à 10 Seuil de traitement à 3
Enfant handicapé	FLACC Modifiée (Face Legs Activity Cry Consolability)	Douleur provoquée par un soin ou douleur aiguë	Score de 0 à 10 Seuil de traitement à 3
	GÉD-DI (Grille Evaluation Douleur Déficience intellectuelle)	Tout type de douleur	Score de 0 à 90 Seuil de traitement à 11
	SAN SALVADOR	Douleur chronique évaluée par l'entourage	Score de 0 à 40 Seuil de traitement à 6

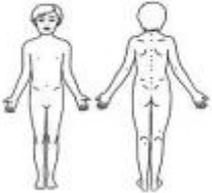


Evaluation



Evaluation de la douleur en pédiatrie

Auto évaluation

À partir de	Échelles		Consignes	Application
4 ans	Echelle verbale simple	Décrire la douleur selon adjectifs	Absente: 0 Faible: 1 Modérée/moyenne: 2 Intense: 3 Très intense: 4	Score de 0 à 4 Seuil de traitement à 2
	Echelle des visages		Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Le visage de gauche n'a pas mal, ceux vers la droite ont de plus en plus mal, montrez-moi quel est le visage qui représente combien vous avez mal.	Score de 0 à 10 Seuil de traitement à 4
6 ans	EVA : Echelle visuelle analogique		A l'aide de la réglette, le patient déplace le curseur de pas de douleur à très très mal. Le score se définit par un chiffre sur le verso correspondant au curseur.	Score de 0 à 10 Seuil de traitement > 3
8 ans	EN échelle numérique		Le patient donne une note entre 0 pas de douleur et 10 une douleur très très forte. Elle est simple à utiliser pour les soignants, parfois difficile pour les patients.	Score de 0 à 10 Seuil de traitement > 3
	Schéma corporel		Permet les localisations des différentes douleurs et l'intensité par un code couleur (un peu, moyen beaucoup, très mal) ou avec les autres échelles d'évaluation citées ci-dessus et les éventuelles irradiations.	

Evaluation



Soins palliatifs :

Indication quelle que soit la temporalité et le niveau de soins techniques

Grande réactivité

Soins de support dont transfusions

Traitement symptomatique dont PCA , prise en charge complexe de la douleur et des symptômes pénibles de fin de vie

Compétence interne de SPP , pluridisciplinarité

Collaboration étroite avec EMSPP et ERRSPP

Importance de l'entourage :

« Prendre en charge » la souffrance des parents fait partie de la prise en charge des symptômes

Ne pas laisser une image traumatisante des dernières minutes

Importante de la fratrie, des grand parents

Le retour à domicile d'un enfant en fin de vie = une permanence constante, une charge psychologique et physique importante pour les proches

- Rôle des assistants sociaux pour trouver des aides
- Rôle de la psychologue au domicile
- Secteur associatif

SPP



Créer l'alliance thérapeutique et donner du sens

Expliquer les actes et les décisions médicales

Expliquer les difficultés et les écueils de la prise en charge

Savoir rester « inactifs » mais toujours présents

Numéro d'équilibriste : savoir attraper les perches que nous tendent les parents, ne pas vouloir faire le « tout possible »

Cherchez à faire converger les différentes logiques

L'incompréhension de l'attitude des équipes soignantes
augmente la souffrance des familles

SPP



Quelques repères pour des SPP à domicile

Concertation de l'ensemble des professionnels

Partage et transmission des informations pour une meilleure cohérence

Confiance partagée et travail d'équipe

Capacité à s'adapter à l'instant présent sans cesse en évolution

Saisir l'opportunité quand elle se présente

Savoir se mettre en retrait

Bousculer sa « zone de confort »

Respecter le temps psychologique des familles, ne pas « les encombrer »

L'impériorité de vivre l'instant présent pour les parents plus fort que tout

Accepter que les familles ne s'approprient pas tout

Faire le nécessaire mais pas le tout possible

SPP



Date 1^{ère} rédaction : _____ Date de mise à jour : _____
 Rédacteur : Nom : _____ statut : _____ tel : _____
 Accord de la famille pour transmettre les informations : oui

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Adresse (détaillée : escalier, code...) _____
 Tel : _____ poids de l'enfant : _____

Synthèse clinique et contexte :
Traitement de fond actuel :

Etant donné la situation médicale deune discussion au sujet du niveau de ses soins a eu lieu avec lui/elle et/ou sa famille. Il a été convenu le avec leur consentement d'orienter les traitements vers des soins de confort.

Ainsi, en cas de détérioration de son état de santé, il est recommandé de procéder aux soins suivants :

- Evaluer les sources d'inconfort
- Appliquer les prescriptions anticipées : merci de les préciser en clair en fonction des symptômes susceptibles de survenir :

symptôme	médicament	posologie (en mg/kg)	voie d'abord
En cas de, en 1 ^{ère} intention :
En cas de, en 2 ^{ème} intention :
En cas de, en 1 ^{ère} intention :
En cas de, en 2 ^{ème} intention :
En cas de, en 1 ^{ère} intention :
En cas de, en 2 ^{ème} intention :

Si l'état de santé s'aggrave malgré les interventions mises en place, il est recommandé de l'aider et le/la soulager au mieux selon les recommandations suivantes :

- Tentative de réanimation cardiorespiratoire : oui non
- Ventilation non invasive oui non
- Intubation endotrachéale et ventilation invasive oui non
- Utilisation d'inotrope ou vasoconstricteur : oui non
- Transfert en réanimation oui non
- Autres (préciser) : oui non

Souhaits exprimés par le patient et/ou sa famille :

Suivi par HAD : oui non tel : _____
 Suivi par EMSP/réseau : oui non tel : _____
 Médecin traitant : tel : _____
 Médecin hospitalier référent: tel : _____
 Centre ou service de référence : tel/astreinte : _____



Epidémies hivernales : EPIVER

Indications :

- Enfant stabilisé depuis 24 heures
- Atteinte respiratoire oxygéo-requérante : bronchiolite , asthme pneumopathie
- Prise de plus de 50 % de la ration alimentaire
- Parents en accord avec le projet de retour à domicile avec de l'oxygène

EPIVER

Qu'est-ce que L'Hospitalisation à Domicile (HAD) ?

L'admission (l'hospitalisation) à Domicile (HAD) est un hébergement de 24h/24 en charge de plus de 500 patients par jour. Elle est assurée par les équipes de soins prodromiques et de soins de suite de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, l'équipe pour les enfants de moins de 15 ans est en charge par l'ADH de l'AP-HP.

Une grande ressource publique d'hospitalisation à domicile en France, l'ADH possède une expertise spécifique dans le soin chronique et dans le secteur médico-social.

Des visites régulières sont effectuées par nos professionnels de santé dans une équipe paramédicale et un médecin pour vous apporter les médicaments et les médicaments dont votre enfant a besoin. Nous intervenons à domicile de nos unités, en lien avec votre médecin qui a prescrit votre hospitalisation à domicile.

L'ADH de l'AP-HP vous offre à disposition tout le matériel nécessaire à la surveillance de l'état de votre bébé : saturimètre, transcutané (TcPO2), appareil de prescription, accompagnement de vos bébés les plus jeunes babies.

La continuité de l'ADH de l'AP-HP, se veut à votre service, le jour même de la sortie de votre enfant de l'hôpital. Elle est assurée par un médecin une fois par jour pour évaluer son état de santé et réaliser les soins dont il a besoin. Mais qui sont pris en charge au de court-durée allant de quelques jours à une semaine.

Nous assurons la continuité des soins de votre bébé
24h/24, 7j/7.

CONTACTS UTILES



Notre équipe de nuit
De 21h à 7h

Veuillez contacter le
01 73 73 54 41

Numéro d'urgence


Classeur de l'unité de soins

Pour en savoir plus :
www.hospitalisationdomicile.ap-hop-paris.fr





ACCOMPAGNER LE RETOUR À LA MAISON

Les épidémies hivernales EPIVER

Les épidémies hivernales...

Votre enfant est actuellement hospitalisé. L'ADH permet de réaliser, chez vous, **des soins hospitaliers pour votre enfant.**

Il est possible de l'organiser **dans la journée**, pour les infections dans le cadre des épidémies hivernales. Cela permet d'**assurer les soins de votre enfant** à votre domicile, et d'**éviter les surinfections nosocomiales** comme par exemple les gastro-entérites.

La **surveillance clinique** de votre enfant est alors **quotidienne**, par les professionnels de l'ADH de l'AP-HP. La continuité de nos équipes HAD, est assurée **24h/24 et 7j/7.**

A tout moment, vous pouvez joindre un de nos professionnels de santé. Nous restons en contact permanent avec l'équipe hospitalière.

Comment s'organise l'HAD ?

Le pédiatre de l'hôpital évalue la possibilité d'organiser le retour de votre enfant à la maison, en fonction de son état clinique.

Si vous êtes d'accord, une **puéricultrice** de l'ADH de l'AP-HP viendra à votre domicile pour préparer, **avec vous**, le retour de votre enfant à la maison. Ainsi, vous conviendrez ensemble des modalités pratiques de son retour.

Nous assurons la continuité des soins de votre bébé
24h/24, 7j/7.

Parents, rassurez-vous !

L'ADH de l'AP-HP organise ensuite :

- La **livraison d'oxygène** par notre prestataire ASU. Cela nécessite de vous organiser pour le récupérer avant le retour de votre enfant.
- La recherche de **kinésithérapeutes** dans votre secteur, si votre enfant en a besoin.
- La mise à disposition des **médicaments** et du **matériel nécessaire** comme les saturimètres, les nébulateurs etc.
- Le **Service organise le transport en ambulance** de votre enfant à son domicile, s'il a besoin d'oxygène.

Le retour de votre enfant à la maison...

Dès votre retour à la maison, une de nos puéricultrices passera **chaque jour**, à votre domicile, pour évaluer l'état de santé de votre enfant. Les signes cliniques à surveiller vous seront enseignés.

Les **traitements** seront adaptés, en fonction de son état, en lien avec nos pédiatres. Nous vous **accompagnerons** dans la réalisation des soins adaptés à votre enfant.

Des **conseils** vous permettront d'assurer la surveillance de votre enfant au quotidien durant son séjour en HAD.

Quelques conseils de prévention...

-  Lavez-vous **systématiquement les mains à l'eau et au savon** avant et après avoir été en contact de votre enfant. Pour une **bonne hygiène**, l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique est également conseillée.
-  Portez un **masque** et si vous êtes enrhumé, évitez de vous tenir sur ses pieds plutôt que sur son visage.
-  Évitez d'éternuer les éternues, secouez et ayez ouvert votre nez.
-  Prenez à **bien noter, tous les jours**, la **température de votre enfant**. Une température anormale de 39°C à 20°C est idéale pour son environnement.
-  **Surveillez, de manière quotidienne**, la **température de votre enfant** et appliquez les conseils en cas de fièvre.
-  **Couvrez votre enfant** sur le dos **dans une gigoteuse** et ne mettez dans son lit ni couverture ni oreiller.
-  Un **mélange entamé** nuit le **santé de votre enfant**.
-  Évitez les **activités dans des lieux publics** clos, **fortement fréquentés** tels que les transports en commun ou encore les centres commerciaux.



Parcours accueil et admissions EPIVER Pédiatrie

Les admissionnistes :
Création de dossier dans le DPI

Cadres/référents US :

Si ok : Transmission horaire de transfert + Nom Puer

Si pas possible : entraide interUS

Si choix entre différent enfants à faire :
solicitation pédiatre HAD ou du service

Avant 12h : Toutes les demandes sont traitées

Les secrétaires d'US :

- Prestataire prévenu des demandes en cours
- Les dossiers des enfants et le carton d'accueil prêts

HAD

une liste de diffusion

les IPDEC, les cadres/référents US, les secrétaires (plateforme et US) et les pédiatres

Prescripteurs

1. Identification enfants éligibles
2. Demandes de transfert **Avant 10h**,
3. Accord des **parents assuré** + lieu d'habitation

Si transfert OK :

Les IPDEC :

- Informer le service
- Contacter la famille + RDD
- S'assurer de la commande Ambulance par le service

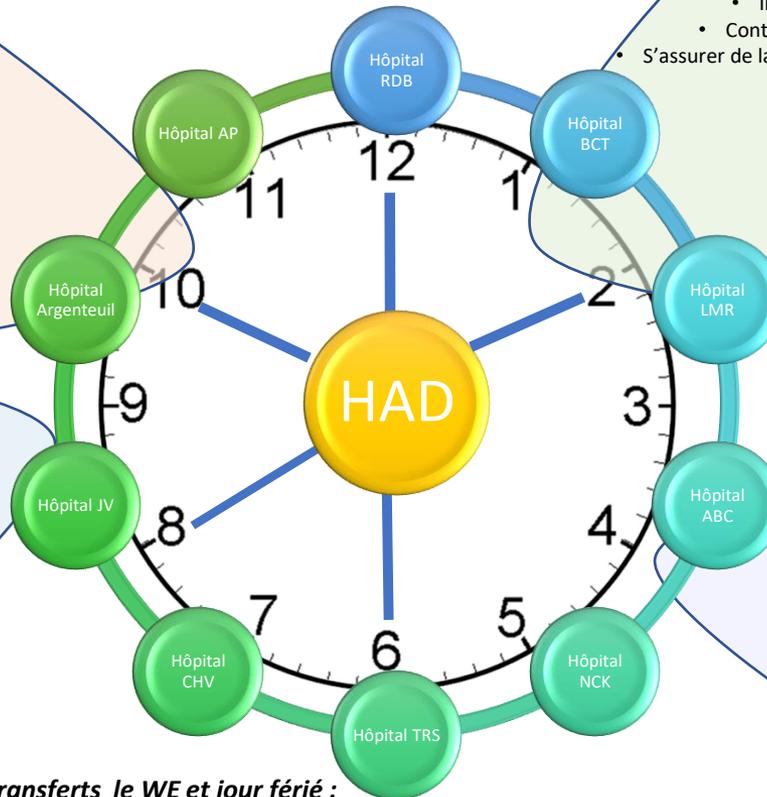
Si non admission :

Les IPDEC

Informer le service

Les admissionnistes

Renseigner le motif de non admission et clôturer le dossier



Les secrétaires d'US :

Confirmer et lancer la commande auprès du prestataire DM

Les IPDEC :

**Accueil au domicile
14h-18h**

Transferts le WE et jour férié :

- Conf Tel **vendredi entre cadres**
- **1 Demande = 1 appel** du prescripteur directement au **pédiatre d'astreinte HAD**
- **Pédiatre** : Crée le dossier et organise le transfert avec le cadre d'astreinte



Parcours chirurgie

DES PARCOURS **PROGRAMMES** DEPUIS LA 1^{ère} CONSULTATION

Pour les patients et leurs proches

- Une connaissance des étapes successives dès la consultation
- Un parcours co-construit HAD / prescripteurs garant des meilleures pratiques

Pour les prescripteurs

- La capacité à anticiper la date de libération des lits dès l'admission
- Zéro délai de prise en charge à domicile
- Une assurance qualité grâce à la protocolisation ex ante.

Pour l'HAD

- Une plus grande facilité de programmation. Repérage anticipé.
- Des prises en charge à haute valeur ajoutée
- Une acceptation plus profonde par nos patients

Applications : chirurgie, maladies chroniques, obstétrique, etc.



© Pierre Bouzier

L'HAD en 2030



Au-delà du soin :

Considération de la dynamique familiale

Soutien de la fratrie, des parents en plus de l'enfant malade

Intégration des soins dans la vie quotidienne

Rompre l'isolement et activités de l'enfant

liens avec associations et tous les intervenants autour de l'enfant

Clowns du Rire médecin depuis novembre 2019

Care

Ecole à Domicile , Etablissements médicaux sociaux (extériorisation des soins)



En bref

Prévenir la maltraitance pour les situations complexes

Soigner, accompagner, autonomiser l'enfant, la parturiente et leur entourage sans les séparer de leur famille et de son milieu, propice à son développement et sa guérison

Favoriser la guérison en impliquant l'entourage et l'environnement

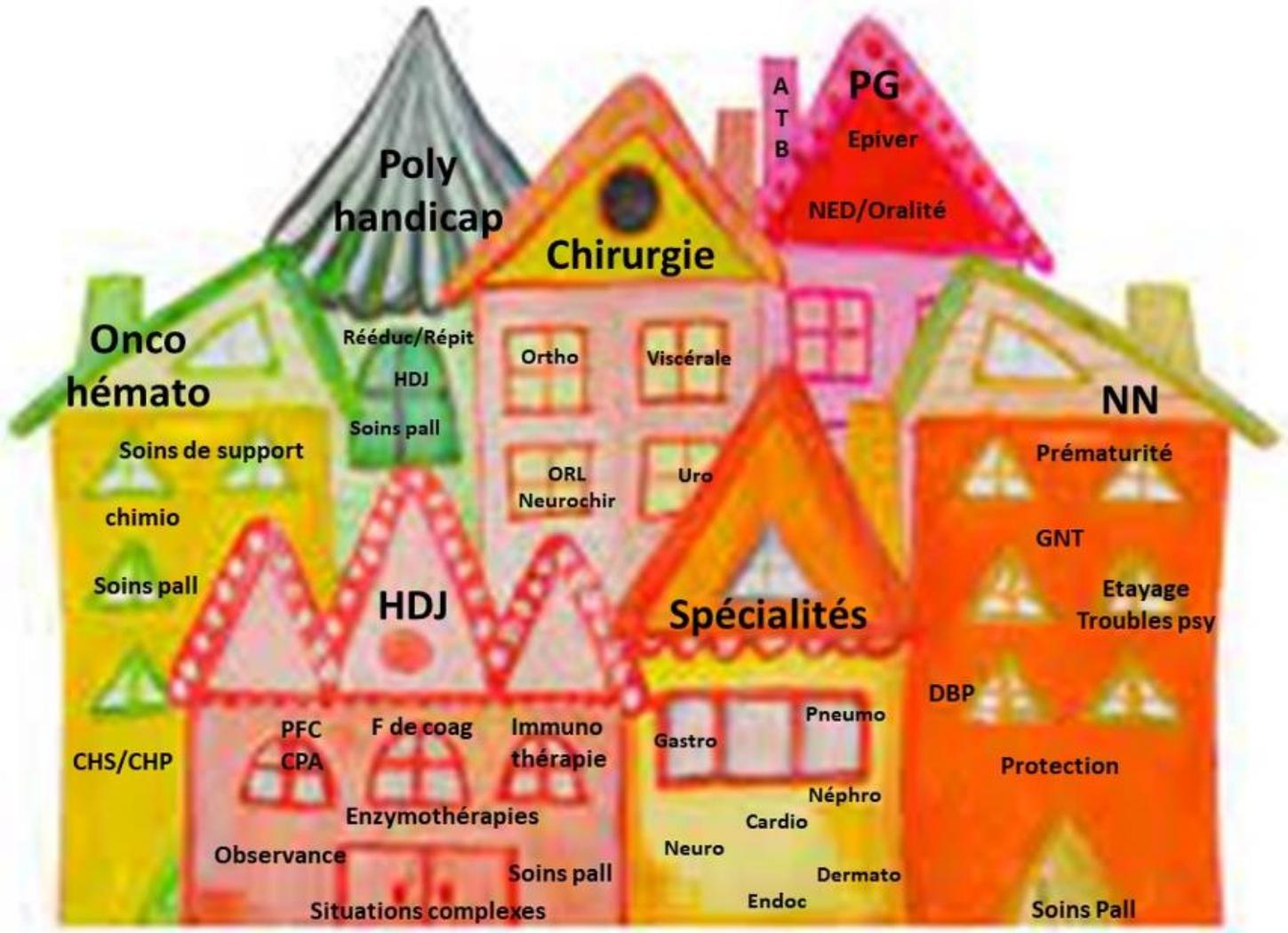
Apporter des réponses adaptées en toute sécurité, avec une qualité optimale

Limitier les troubles générés par l'hospitalisation (infections nosocomiales)

S'intégrer dans le parcours de l'enfant dans un système global de santé en partenariat avec les services prescripteurs et les ressources d'aval en étroite collaboration avec tous

Participer à l'efficacité du système de santé

Que retenir ?



Association Française des Pédiatres coordonnateurs d'Hospitalisation A Domicile

L'Association française des pédiatres coordonnateurs d'HAD promeut et encourage **des soins de qualité hospitalière à domicile** tout au long du parcours des enfants malades

Permettre leur retour et leur maintien à la maison, **dans un cadre sécurisant et habituel de vie** est notre objectif.

EN SAVOIR PLUS



<https://www.anap.fr/s/evenement?event=autorisations-had-et-mentions-specialisees-60min-pour-tout-savoir>



Merci à vous pour votre écoute



Et Bonne année 😊

Merci