

UNIVERSITE DE CLERMONT-FD I

FACULTE DE MEDECINE

MEMOIRE

Pour le

DES de Pédiatrie

PAR

BARDON Claire, Lucie, Emma
Née le 24/05/1986 à Clermont-Ferrand (63)

Présenté et soutenu le 13 avril 2017 à Grenoble

**Prise en charge des synovites aiguës transitoires de hanche
en Hospitalisation A Domicile.
Retour d'expérience au CHU de Clermont-Ferrand.**

Directeur : Madame ROUVEYROL Fleur, Docteur

Membres du jury :

Monsieur DEBILLON Thierry, Professeur
Monsieur PATURAL Hugues, Professeur
Monsieur LABBE André, Professeur
Monsieur NICOLINO Marc, Professeur

REMERCIEMENTS

Au Jury du mémoire de D.E.S.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.
Recevez ici toute notre reconnaissance.

Au Pr Frederico CANAVESE.

Merci pour toute l'aide dont vous nous avez fait part ainsi que votre confiance et votre disponibilité.

A ma directrice de mémoire, Dr Fleur ROUYEYROL.

Merci Fleur pour ton accompagnement et ta confiance. Merci aussi de m'avoir fait découvrir le monde de l'HAD.

Au Pr Etienne MERLIN.

Merci pour ton aide précieuse lors de la réalisation du poster pour la SFP.

A toute l'équipe de l'HAD 63.

Merci de m'avoir ouvert les portes pour la réalisation de mon mémoire, mais surtout merci pour l'accueil dans votre équipe très prochainement.

A l'équipe DIM du CHU.

Merci pour toutes les données et requêtes. Merci tout particulièrement à Mme Jaumard, TIM, pour sa patience face à mon incompréhension du monde de la tarification.

A Alan, pour son soutien sans faille ; et à notre fils **Jean**, pour son sourire et ses rires en toute circonstance.

A toute ma famille pour sa présence et son soutien.

A Typhanie pour son aide précieuse.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ATCD : Antécédent

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladie, 10ème version

CMD : Catégorie Majeure de Diagnostic

DGF : Dotation Globale de Financement

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DP : Diagnostic Principal

GHM : Groupe Homogène de Malade

GHS : Groupe Homogène de Séjour

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IK : Indice de Karnofsky

IPDE : Infirmière Puéricultrice Diplômé d'Etat

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique ou Odontologie

MP : Mode de Prise en charge

MPA : Mode de Prise en charge Associé

MPP : Mode de Prise en charge Principal

PEC : Prise En Charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAU : Servie d'Accueil des Urgences

SAT : Synovite Aigüe Transitoire

VAD : Visite A Domicile

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	7
PATIENTS ET METHODES	10
1. Type d'étude.....	10
2. Patients.....	11
Tableau I. Critères diagnostiques de rhume de hanche.....	11
Tableau II. Critères de proposition d'une prise en charge en HAD	11
3. Déroulement de l'étude	12
Tableau III. Suivi post-HAD.....	14
RESULTATS.....	17
1. Population et caractéristiques.....	17
<i>Figure 1.</i> Organigramme des patients	17
2. Caractéristiques des patients en fonction des 3 étapes principales de la prise en charge.....	18
Tableau IV. Caractéristiques démographiques et cliniques	18
Tableau V. Prise en charge des enfants et DMS.....	19
Tableau VI. Caractéristiques en post-HAD	20
3. Réponse au questionnaire.....	21
<i>Figure 2.</i> Réponse au questionnaire.....	21
4. Différence de tarification	22
Tableau VII. Prix de séjour hospitalier	22
Tableau VIII. Prix par jour de prise en charge en HAD	23
Tableau IX. Tableau comparatif entre la prise en charge actuelle et la prise en charge uniquement en HAD pour une même durée de prise en charge.....	24
DISCUSSION	25
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXE 1. Protocole de prise en charge des rhumes de hanches au CHU de Clermont Ferrand. Pr CANAVESE.	32
ANNEXE 2. Demande de prise en charge en HAD.....	33
ANNEXE 3. Questionnaire satisfaction prise en charge en HAD 63 pédiatrique des tractions.....	35
ANNEXE 4. « Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, version 2016. »	36

ANNEXE 5 : Les différents cas de figure de tarifications réelle de cette étude comparé à une prise en charge uniquement en HAD	39
ANNEXE 6 . Poster présenté à la Société Française de Pédiatrie, Tours, mai 2015	40

INTRODUCTION

La synovite aiguë transitoire de hanche (SAT) ou rhume de hanche est la pathologie de la hanche la plus fréquente chez l'enfant entre trois et dix ans. Son incidence annuelle est de l'ordre de 0,2/100 enfants avec une prédominance masculine (70 %) et saisonnière (hiver – printemps).¹ Un facteur viral serait à l'origine de l'hypersécrétion de liquide synovial en raison de la survenue fréquente au décours d'un épisode ORL. Cependant, aucun virus n'a été mis en évidence par les études sérologiques, de même qu'il n'a pas été retrouvé de terrain génétique prédisposant. Les rares études histologiques ne retrouvent pas d'hyperplasie synoviale.¹

Le tableau clinique est stéréotypé² avec la survenue d'une douleur inaugurale et d'une boiterie. La douleur débute à un membre inférieur, souvent le matin au réveil sans traumatisme associé. L'examen de la hanche retrouve une boiterie d'esquive avec des limitations articulaires en abduction et rotation interne. L'enfant garde un bon état général, il est apyrétique.^{3, 4}

Le bilan paraclinique comporte un bilan biologique, des radiographies et une échographie⁵ :

- Le bilan biologique inflammatoire (NFS, CRP) est normal ;
- Les radiographies standard (bassin de face, hanche de profile et incidence de Lauenstein) sont normales ;
- L'échographie de la hanche confirme et mesure la présence d'un épanchement intra articulaire homogène.

La SAT est un diagnostic d'élimination. Dans certains cas, le tableau clinique est incomplet, atypique ou faussé par la prise d'antibiotique. ³ Dans ses cas là, différents examens doivent-êtré réalisés ¹ :

- une ponction articulaire pour exclure une arthrite septique ^{4, 6} ;
- un bilan rhumatologique pour exclure une arthrite rhumatologique ;
- une scintigraphie osseuse ultérieure pour exclure une ostéochondrite (maladie de Legg Perthes et Calve) qui se serait révélée par un épanchement articulaire.

La guérison est la règle avec le repos, la mise en décharge de la hanche, les antalgiques et les AINS. ¹ Une hospitalisation pour traction collée dans l'axe peut être indiquée ⁷ et représente 700 séjours hospitaliers en France par an (ATIH, l'officiel des tarifs de l'activité hospitalière, version 2016). Quand une traction est mise en place, la douleur s'amende en quelques heures. Les symptômes régressent spontanément en 5 à 8 jours. La reprise de la marche est autorisée au bout de 15 à 21 jours et la reprise du sport après 6 semaines. Pendant le traitement, un suivi radiologique n'est pas nécessaire. Un examen clinique normal de la hanche en fin de traitement est suffisant pour confirmer la guérison : mobilisation active et passive indolore, normalisation des amplitudes articulaires.

Le pronostic des rhumes de hanche est excellent avec une absence totale de séquelle. A noter que les rechutes sont possibles mais rares, en nombre limité (2 à 3), après des délais variables, et sont homo ou controlatérales.¹

Les hospitalisations pour traction des SAT entraînent des problèmes d'organisation familiale et une occupation conséquente des lits pédiatriques. Afin d'essayer de réduire ces différents problèmes, depuis Octobre 2013, au CHU de Clermont-Ferrand, nous avons organisé en HAD pédiatrique les tractions, soit directement après le passage de l'enfant aux urgences pédiatriques, soit en relais d'une hospitalisation en chirurgie infantile la plus courte possible.

Nous allons ici décrire cette prise en charge et le suivi des enfants à court et moyen terme.

Dans un deuxième temps, nous allons évaluer la satisfaction des enfants et de leurs familles, ainsi que leur organisation familiale et professionnelle puis l'impact économique.

PATIENTS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive d'un retour d'expérience d'une collaboration entre le CHU de Clermont-Ferrand et l'HAD pédiatrique 63.

Les services du CHU de Clermont-Ferrand concernés étaient le service des urgences pédiatriques et le service de chirurgie infantile.

L'HAD 63 est un établissement de santé privé à but non lucratif (association loi 1901) autorisé par décision du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Auvergne en date du 23 octobre 2001. Depuis mars 2012, l'HAD 63 a mis en place une activité d'hospitalisation à domicile en pédiatrie.

Les patients ont été identifiés par leur diagnostic de sortie suivant, selon les codes de la Classification International des Maladies (CIM 10) :

- M 65.85 (Autres synovites et ténosynovites - Région pelvienne et cuisse)
- M 65.95 (Synovite et ténosynovite, sans précision - Région pelvienne et cuisse)
- M 673 (Synovite transitoire)
- M 02.85 (Autres arthropathies réactionnelles – articulations de la hanche et sacro-iliaque)

Les données chiffrées ont été recueillies auprès des services **D**épartement d'**I**nformation **M**édicale (DIM) et de **V**alorisation de l'**A**ctivité (*Source de données : CORA, GAM*) du CHU de Clermont-Ferrand.

2. Patients

- D'octobre 2013 à décembre 2014, tous les enfants âgés de 3 à 10 ans présentant les critères diagnostiques de rhume de hanche et nécessitant une traction ont été admis dans l'étude. (Tableau I)

Tableau I. Critères diagnostiques de rhume de hanche

Boiterie d'esquive inaugurale non traumatique

Apyrexie

Limitation des amplitudes articulaires d'une hanche

Radio de bassin et de hanche normale

Biologie : absence de syndrome inflammatoire

Echographie de la hanche : épanchement intra articulaire homogène

- Une prise en charge en HAD pour traction a été systématiquement proposée aux enfants admis dans l'étude et répondant aux critères de prise en charge en HAD (Tableau II).

Tableau II. Critères de proposition d'une prise en charge en HAD

Diagnostic de rhume de hanche avec épanchement intra articulaire > 3 mm (indication de traction)

Age de 3 à 10 ans

Habitation dans le département du Puy-de-Dôme

Prise en charge en HAD acceptée

Logement suffisamment grand pour un lit médicalisé

3. Déroulement de l'étude

En premier lieu, nous allons décrire la prise en charge puis la satisfaction et l'organisation des familles et enfin l'impact économique des enfants ayant bénéficié de l'HAD.

a. Description de la prise en charge en 3 étapes :

- Confirmation diagnostique aux urgences chirurgicales pédiatriques du CHU de Clermont-Ferrand.

Le diagnostic de rhume de hanche a été posé aux urgences pédiatriques du CHU de Clermont-Ferrand et validé par le chirurgien qui reste joignable. Pour la prise en charge, un protocole a été établi par le Pr Canavese, chirurgien orthopédique infantile et chef de service de Chirurgie Infantile (Annexe 1). Ce protocole recommande une mise en traction de la hanche atteinte si l'épanchement synovial est supérieur à 3 millimètres ou si la hanche est raide/hyperalgique. La traction est mise en place grâce à un système de pouliothérapie et correspond à 1/10 du poids du corps, sans dépasser les 3,5 kg, avec parfois une contre traction de 1 kg.

Lorsque l'indication d'une hospitalisation pour traction de la hanche était retenue, celle-ci se faisait directement en HAD si le diagnostic était fait un jour de semaine. Le week-end, la prise en charge à domicile était différée au lundi matin. La demande de prise en charge en HAD se faisait par une demande pré-remplie et faxée à l'HAD. (Annexe 2)

○ Organisation de l'HAD

Une fois la prise en charge en HAD validée, l'enfant retournait au domicile en véhicule personnel. La coordination des soins reposait sur différentes professions :

- **Pédiatre coordonnateur** : prescription de la surveillance spécifique (température, douleur, tolérance, alimentation, état cutané, transit) et des traitements médicamenteux associés.
- **Infirmière Puéricultrice Diplômé d'Etat (IPDE) de l'HAD** : installation de la traction (10% du poids du corps +/- contre traction sur la jambe saine) puis surveillance quotidienne.
- **Prestataire de service** : livraison du lit, du système de poulie et des poids, réalisable du lundi au vendredi.
- **Infirmière d'astreinte** la nuit et les jours fériés (puéricultrice ou non).
- **Chirurgien orthopédique infantile** : liaison permanente en cas de doute diagnostique ou d'évènement intercurrent.
- **Parents/ entourage** : implication avec une éducation sur la prise d'antalgique et/ou antipyrétique, sur la toilette au lit de l'enfant, sur l'élimination des urines et des selles et sur les signes d'alertes.⁸

Pour chaque enfant, la durée de la traction était définie par le chirurgien au moment du diagnostic en fonction de l'importance de l'épanchement. De façon empirique, on estime que l'épanchement se réduit en moyenne de 1 millimètre par jour.

Pour valider la fin de la traction et de la prise en charge en HAD, environ une semaine après le début du traitement, un examen clinique de la hanche avec testing des amplitudes articulaire était réalisé par le médecin de l'HAD.

- Déroulement du suivi post-HAD

Tableau III.	Suivi post-HAD
J7	Arrêt de la traction après l'examen par le médecin de l'HAD
J7 à J21	Prescription d'un fauteuil roulant et/ou repos de l'articulation
J21	Consultation avec le médecin traitant préconisée
J + 6 semaines	Radiographies de contrôle + consultation avec un chirurgien orthopédique
Après J+6 semaines	Reprise progressive d'une activité sportive

L'examen des dossiers médicaux des enfants a permis de recueillir des informations aux différentes étapes de la prise en charge. Aux urgences, nous avons étudié les caractéristiques démographiques, les antécédents, l'examen clinique, les résultats des examens complémentaires et le lieu de la prise en charge recommandée ; puis en HAD, la durée de prise en charge, le poids et la tolérance de la traction, l'état cutané, le transit et l'examen clinique de fin de prise en charge, et enfin, le temps de prescription de fauteuil roulant, l'examen clinique du chirurgien et les résultats des radiographies de contrôle.

A noter que nous n'avons pas pu recueillir le compte rendu de la consultation du médecin traitant à J21. Toutefois, celui avait la possibilité de contacter le chirurgien si cela se révélait nécessaire.

b. *Satisfaction et organisation familiale*

L'évaluation de la satisfaction des parents sur la prise en charge de leur enfant ainsi que l'évaluation des répercussions sur l'organisation familiale et professionnelle a été réalisée avec l'aide d'un questionnaire proposée par téléphone entre 6 mois à 1 an après la prise en charge à l'un des deux parents (Annexe 3). Ce questionnaire était orienté sur quatre axes :

- La satisfaction des parents
- Le vécu de l'enfant
- Le plan de l'organisation familiale
- Le plan de l'organisation professionnelle

c. *Etude de l'impact économique*

Dans un troisième temps, l'impact économique a été évalué avec le calcul des différences de tarification. Pour un même patient, nous avons calculé :

- La tarification de la prise en charge réelle dont l'enfant a bénéficié (prix du séjour en HAD ou prix du séjour hospitalier suivi de l'HAD)
- La tarification si la prise en charge avait été directement faite en HAD

Pour la tarification du séjour hospitalier, nous avons utilisé le site de l'ATIH, l'officiel des tarifs de l'activité hospitalière, version 2015, pour une tarification en Tarif public des Groupes Homogène de Malade (GHM). A noter, pour la Tarification à l'Activité (T2A), la durée de prise en charge se compte en nombre de nuit passé à l'hôpital et non en journée de présence. Pour chaque enfant, le diagnostic principal (DP) codé est M 65.85, M 65.95, M 673 ou M 02.85, associé systématiquement à l'acte NZEP002 (Traction continue cutanée du membre inférieur d'une durée inférieure à 7 jours, pour lésion non traumatique). Ce codage nous permet de déterminer le GHM de chaque séjour.

Pour la tarification en HAD, nous avons appliqué la méthode du Département d'Information Médicale (DIM) de l'HAD63. Les prix journaliers des séjours en HAD appliqués ici en Tarif Privé. Le codage appliqué dans notre étude, en rapport avec le « Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. »⁹ était (Annexe 4) :

- Diagnostic Principal (DP) M 65.85, M 65.95, M 673 ou M 02.85
- Mode de Prise en charge Principal (MPP) 08 : autres traitements
- Pas de Mode de Prise en charge Associé (MPA) : 00
- Indice de Karnofsky (IK) : 50%

RESULTATS

1. Population et caractéristiques

Au CHU de Clermont-Ferrand, les tractions pour rhume de hanche représentent environ 20 hospitalisations par an.

Entre octobre 2013 et décembre 2014, 25 enfants ont été hospitalisés pour traction d'un rhume de hanche, dont 11 ont bénéficiés d'une prise en charge en HAD (Fig. 1).

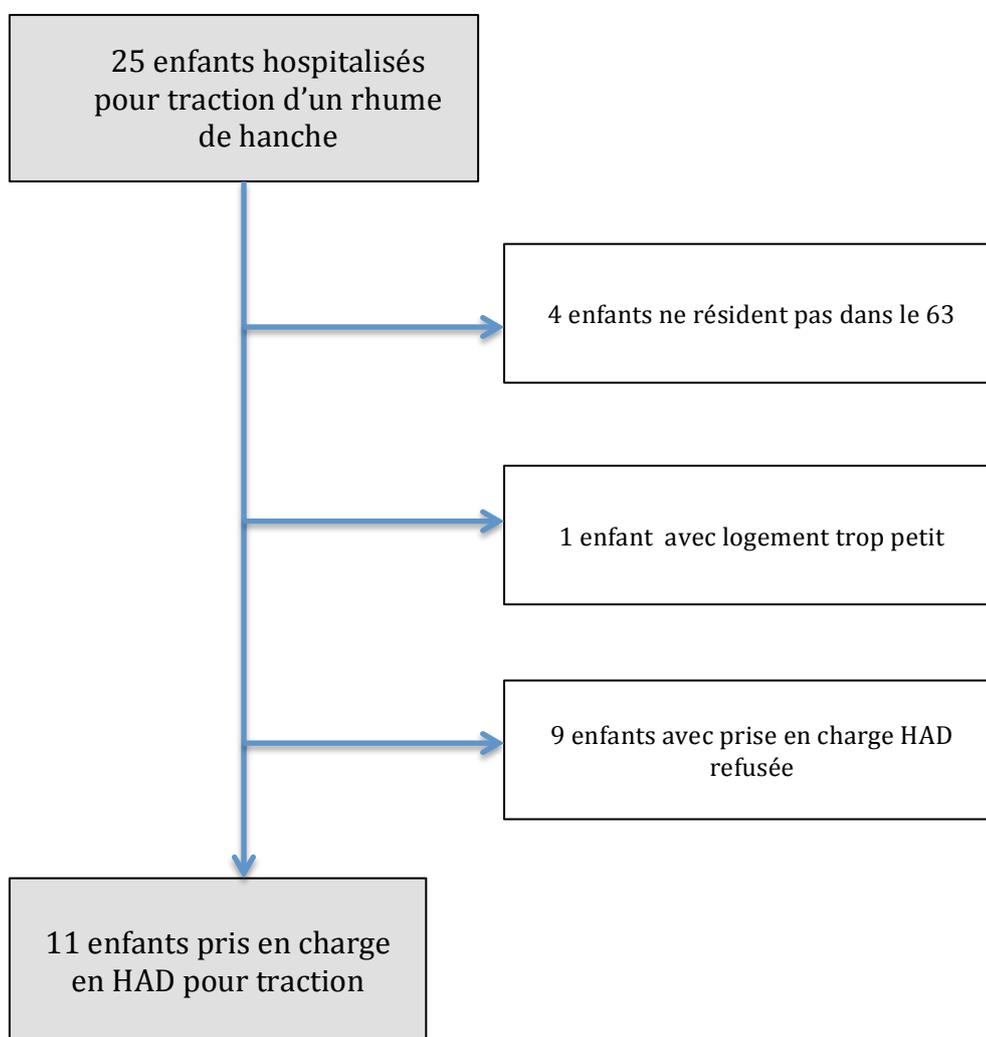


Figure 1. Organigramme des patients

2. Caractéristiques des patients en fonction des 3 étapes principales de la prise en charge

- Des urgences pédiatriques à la fin de prise en charge en HAD

La lecture des 11 dossiers médicaux des urgences puis de l'HAD 63, nous a permis de décrire les caractéristiques démographiques et cliniques des enfants. (Tableau IV), puis la prise en charge et les durées moyennes de séjour (Tableau V).

Tableau IV. Caractéristiques démographiques et cliniques	N = 11
Age à l'admission en années, médiane (extrêmes)	7 (4-9)
Masculin - n (%)	8 (73%)
Premier épisode de rhume de hanche - n (%)	9 (82%)
Côté atteint : gauche - n (%)	8 (73%)
Clinique à l'admission	
▪ Boiterie - n (%)	11 (100%)
▪ Douleur - n (%)	9 (82%)
▪ Limitation articulaire franche - n (%)	5 (45%)
Paraclinique	
▪ Biologie : absence de syndrome inflammatoire - n (nombre d'enfants testées)	7 (7)
▪ Radiographie de hanche normale- n (nombre d'enfant avec radiographies)*	8 (9)
▪ Epanchement à l'échographie en mm - moyenne (médiane ; extrême)	6,9 (7 ; 5-10)

*1 enfant avec augmentation de l'interligne articulaire sur la radiographie

Sur les 11 enfants, 5 ont bénéficiés d'une prise en charge directe en HAD, et 6 sont restés entre 1 et 3 nuits en chirurgie infantile.

Tableau V.	Prise en charge des enfants et DMS	N = 11
	Sortie directe en HAD* – n (%)	5 (45 %)
	Poids de la traction en kg – moyenne (médianes ; extrêmes)	2,3 (2,5 ; 1-3)
	Contre traction (1 kg) – n (%)	9 (82 %)
	Bonne tolérance traction – n (%)	10 (91 %)
	Bon état cutané – n (%)	10 (91 %)
	Transit ralenti – n (%)	6 (55 %)
	Traitement médicamenteux :	
	▪ Antalgiques de palier 1 – n (%)	11 (100 %)
	▪ Laxatif osmotique – n (%)	4 (36 %)
	▪ Lavement évacuateur – n (%)	2 (19 %)

L'antalgie a été obtenue pour tous les enfants dès la mise en place de la traction, et aucun n'a présenté de complications lors de la prise en charge en HAD.

Sur le plan de l'organisation du domicile de l'enfant, le lieu de l'installation de la traction dans le logement a été évoqué avec chaque famille. Pour tous les enfants, le lit médicalisé avec le système de traction a été installé dans le salon, par choix des familles pour 7 d'entre eux et par manque de place dans la chambre de l'enfant pour les 4 autres.

- Suivi post-HAD

Tableau VI. Caractéristiques en post-HAD		N = 11
Prescription d'un fauteuil roulant - n (%)		11 (100 %)
Consultation de contrôle avec un chirurgien orthopédique - n (%)		9 (82 %)
Imagerie de contrôle normalisée - n (%)		11 (100 %)
▪ Radiographies standard - n		9
▪ Echographie de la hanche - n		2
Obtention de l'antalgie et normalisation des amplitudes articulaires		
▪ J7		11 (100 %)
▪ J21*		11 (100 %)
▪ J+6 semaines		11 (100 %)

* le chirurgien n'a été recontacté pour aucun des enfants

Aucun cas d'ostéochondrite débutante de la tête fémorale n'a été identifié parmi ces 11 patients

3. Réponse au questionnaire

Le questionnaire téléphonique d'une durée de 5 minutes environ, étudiait 4 axes (Fig. 2):

- La satisfaction des parents :
- Le vécu de l'enfant
- Le plan de l'organisation familiale
- Le plan de l'organisation professionnelle

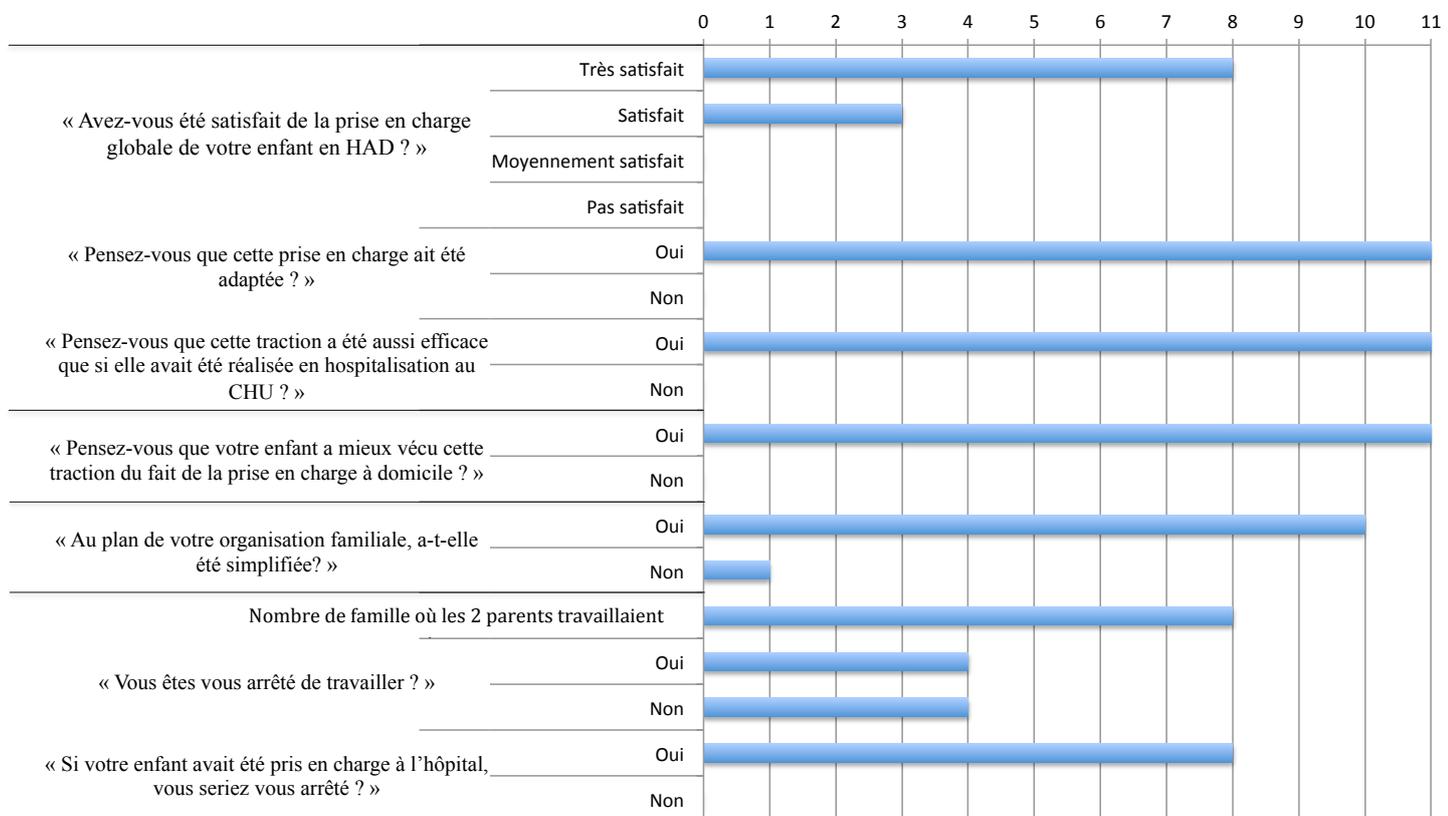


Figure 2. Réponse au questionnaire

4. Différence de tarification

a. Tarification d'un séjour hospitalier

Les tarifications des séjours en Tarif Public présenté dans le tableau VII ont été obtenues avec « l'officiel des tarifs de l'activité hospitalière, ATIH, version 2015 »

Pour les 11 enfants, leur Groupe Homogène de Malade (GHM) du séjour hospitalier est :

- Si traction mise en place à l'hôpital : GHM 08K031 (Tractions continues et réductions progressives : autres que hanche et fémur, niveau 1)
- Si hospitalisation sans traction* : GHM 08M151 (Tendinites, myosites et bursites, niveau 1)

*si hospitalisation en chirurgie avant une prise en charge en HAD, la traction était parfois installée que en HAD

Tableau VII. Prix de séjour hospitalier			
Durée du séjour	Traction	GHM	prix /séjour
1 jour ou plus	Oui	08K031	2 143,75 €
1 jour ou plus	Non	08M151	1 160,28 €

b. Tarification d'un prix de journée en HAD

Le « guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. Version 2016»⁹ et la méthode de calcul du DIM de l'HAD63, nous ont permis d'obtenir la tarification en Tarif Privé des prix de journée de prise en charge à l'HAD 63 : tableau VIII.

Tableau VIII. Prix par jour de prise en charge en HAD				
	MPP	MPA	IK	Prix/jour
De J1 à J4	08	00	50	242,10 €
de J5 à J9	08	00	50	179,02 €
de J10 à J30	08	00	50	163,24 €
>30	08	00	50	147,47 €

c. Comparaison des tarifications

Les différences de tarifications ont été calculées pour 2 modes de prise en charge différents, avec une même durée de séjour:

- La tarification de la prise en charge réelle dont l'enfant a bénéficié (prix du séjour en HAD ou prix du séjour hospitalier suivi de l'HAD)
- La tarification si la prise en charge avait été directement faite en HAD

Les différents cas de figure de tarifications réelle de cette étude sont présentés dans le tableau de l'Annexe 5, en fonction du nombre de jour total de prise en charge, du nombre de jour à l'hôpital et du nombre de jour en HAD, le tout comparé à la tarification si la prise en charge était faite uniquement en HAD.

Les totaux des tarifications pour les 11 enfants de cette étude, avec une comparaison entre la prise en charge réelle et une prise en charge uniquement en HAD sont présentés dans le tableau IX.

Tableau IX. Tableau comparatif des tarifications entre la prise en charge actuelle et la prise en charge uniquement en HAD pour une même durée de séjour

Mode de prise en charge		Nombre d'enfants	Coût
Actuel	Chirurgie infantile puis HAD	6	17 474,90 €
	HAD	5	6 453,18 €
	Total	11	23 928,08 €
HAD uniquement		11	15 485,94 €

A titre indicatif, dans notre étude, la différence de tarification entre la prise en charge réelle et une prise en charge uniquement en HAD est de 8 442 €, ce qui fait en moyenne 767 € par séjour (médiane : 981 € ; écart-type : 773).

DISCUSSION

Les rhumes de hanches nécessitant une traction occupent un nombre non négligeable de lits pédiatriques du CHU. Nous rapportons ici une expérience positive de prise en charge en HAD permettant une optimisation de l'utilisation de ces lits.

A partir d'octobre 2013, cette traction a pu être proposée en HAD. De cette date à fin décembre 2014, 25 enfants ont été hospitalisés pour traction. Onze d'entre eux (41%) ont été pris en charge en HAD, dont cinq directement et six après une hospitalisation en chirurgie.

Les résultats cliniques obtenus à J7 et à 6 semaines sont comparables aux prises en charges en hospitalisation au CHU, ce qui correspond à une reprise d'une activité physique normale sans restriction.

La prise en charge en HAD proposée aux 11 enfants a permis de faire diminuer la durée moyenne de séjour à l'hôpital de 7 à 2 jours (soit une diminution de 71%), passant ainsi en dessous de la DMS nationale pour les rhumes de hanche nécessitant une traction (3,3 jours).

Les différentes étapes de la prise en charge décrite, retrouve les mêmes caractéristiques des enfants au niveau démographique, cliniques et de durée de séjour que la littérature. Les caractéristiques relevées lors du diagnostic aux urgences pédiatriques montre une prédominance masculine ⁷, avec une clinique et des résultats d'examens complémentaires similaires pour tous les enfants (boiterie, douleur +/- limitation articulaire, absence de syndrome inflammatoire biologique, radiographie normales et épanchement articulaire à l'échographie)².

L'impact de la prise en charge en HAD sur les enfants et leur famille ainsi que sur l'organisation familiale et professionnelle est positif. Dans notre étude, les parents ont tous été satisfaits de la prise en charge et ont trouvé des avantages du fait du domicile. En effet, 4 familles sur les 8 dont les deux parents avaient une activité professionnelle n'ont pas eu besoin de poser des jours, un tiers (souvent les grands-parents) est venu au domicile pour s'occuper de l'enfant. Or, ces mêmes familles, auraient arrêté leur activité professionnelle si leur enfant avait été gardé à l'hôpital. Lors des entretiens téléphoniques avec les familles, ces dernières ont insisté sur le vécu positif de la traction par l'enfant malgré l'immobilisation complète.

De plus, en HAD, le parent devient soignant et s'investit dans la prise en charge : « Les parents sont là, ils tiennent – au sens propre parfois, et au sens figuré toujours – l'enfant disponible. Ils sont les vrais permanents et accueillent les différents professionnels qui se succèdent auprès de l'enfant. Ils participent aux soins puisque, à l'hôpital, l'infirmière peut appeler un collègue ou une aide mais, à domicile, elle vient seule, et la mère fera office d'aide infirmière pour certaines manipulations. »¹⁰

Un des autres avantages d'une prise en charge en HAD, est de diminuer le risque d'infections associées aux soins (anciennement « infections nosocomiales »).¹¹ Cela est d'autant plus vrai que les rhumes de hanche ont une incidence prédominante en hiver et au printemps, lors d'épidémies virales.

L'impact économique par le calcul des tarifications des différents modes de prise en charge, serait positif uniquement si la prise en charge était faite en HAD systématiquement. En effet, dans cette étude, une économie pour l'assurance maladie de près de 8 400 € pourrait être réalisée si et seulement si, les enfants nécessitant une traction pour un rhume de hanche était systématiquement pris en charge en HAD sans hospitalisation en chirurgie infantile au préalable. En effet, les prestataires de services livrant le lit médicalisé et les système de pouliothérapie, assure le week-end uniquement un service d'astreinte sans nouvelle livraison possible. A l'HAD 63, le personnel soignant est quant à lui disponible aussi le week-end. La seule contrainte a une non prise en charge directe en HAD se situe donc au niveau de la livraison du matériel. Pour ce faire, deux hypothèses peuvent être envisagées : l'une que l'HAD 63 dispose du matériel pouvant être mis à disposition pour les week-ends, l'autre d'établir une convention avec un prestataire intégrant la livraison de matériel le weekend.

De plus, au niveau de l'impact économique, actuellement, des travaux conduit par l'ATIH sur les nouvelles modalités du PMSI sont en cours afin d'essayer de simplifier le financement du parcours de soins des enfants, notamment pour une meilleure articulation hôpital/HAD.

Concernant la prise en charge, il n'existe pas de consensus, peu d'auteur préconise la traction⁷ mais une simple mise au repos de l'articulation¹. Or, les enfants atteints ont entre 3 et 10 ans et l'observance de la mise en décharge de l'articulation est moyenne. Une mise en traction oblige l'enfant à rester alité et permet probablement d'obtenir une antalgie plus rapidement.

Les limites de cette étude concernent plusieurs points.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude rétrospective avec un faible nombre de patients donc de puissance réduite.

Ensuite, le risque d'erreur diagnostique existe. Par exemple, une arthrite septique⁶ peut être masquée par la prise concomitante d'antibiotique et simuler un rhume de hanche, ou une ostéochondrite primitive de hanche passée inaperçue si la radiographie et la visite de contrôle échappent au chirurgien. Ces erreurs diagnostiques, peuvent être plus difficiles à évaluer si l'enfant est pris en charge au domicile par rapport à une hospitalisation en service où le chirurgien est amené à revoir l'enfant plusieurs fois le temps de l'hospitalisation.

Des complications liées à l'alitement sont nombreuses. Ces complications sont possibles aussi bien à domicile qu'en hospitalisation conventionnelle. Un ralentissement du transit est fréquent, cela concerne 6 des 11 enfants de l'étude (55 %), dont 4 ont eu besoin d'un traitement par laxatif osmotique et 2 d'un lavement. Des lésions cutanées telles que rougeurs, début d'escarre, eczéma de contact peuvent également exister. Dans notre étude, 1 enfant a présenté des lésions eczématiformes prurigineuses des membres inférieurs pendant quelques jours après le début de la traction. Une simple hydratation par émoullient a permis la régression rapide de ces symptômes. D'autres complications peuvent survenir, tel qu'une infection, des compressions nerveuses, des troubles thromboemboliques, ... Ces dernières sont rares car l'alitement reste de courte durée chez des patients de moins de 10 ans.

Dans une prise en charge en HAD, le parent devient soignant, mais cette prise en charge entraîne aussi des contraintes pour la famille. Les questions de logistique, d'aménagement du logement et l'envahissement de leur lieu de vie par des professionnels de santé peuvent être contraignant et source d'angoisse.¹⁰ Par exemple, concernant l'aménagement du logement, pour 4 des enfants de cette étude, le lit médicalisé a été mis dans le salon par choix mais par manque de place dans la chambre.

De plus, il faut éduquer les parents et l'entourage sur la surveillance clinique de leur enfant. Pour les rhume de hanche, cela concerne le respect de la mise au repos de l'articulation, pendant la traction mais surtout pour la suite de la prise en charge afin d'éviter une réapparition de boiterie et de douleur.

Une autre difficulté majeure de la prise en charge en HAD, est celle du matériel. En effet, la livraison du lit, du système de pouliothérapie et l'installation de la traction à domicile nécessite une bonne coordination entre le CHU, l'HAD et le prestataire de service, et ne peut être faite que du lundi au vendredi. Le week-end, si une indication de traction pour rhume de hanche est posée aux urgences pédiatriques, celle-ci doit-être mise en place en chirurgie infantile ou doit-être différée au lundi suivant pour une prise en charge au domicile. Différentes alternatives à cette difficulté, exposées plus haut, seraient à étudier.

Ce sont ces quelques jours d'hospitalisation en service de chirurgie infantile qui entraînent une telle différence de tarification entre les prises en charge réelles et une prise en charge uniquement en HAD.

Cette étude préliminaire montre une première expérience positive de prise en charge en HAD pour les enfants et leur famille ainsi qu'une collaboration pédiatrique HAD/orthopédie/urgences sur une petite échelle dans des conditions optimales. De plus, cette étude nous permet d'apprécier la faisabilité du protocole mis en place pour la prise en charge des rhumes de hanche et ainsi nous suggère de poursuivre cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle.

D'autres études de l'impact de l'HAD sur les prises en charge, sur le gain du confort du patient et de sa famille et sur le plan socio-économique seraient intéressantes sur une période plus longue et une plus forte puissance.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de montrer une expérience de prise en charge en Hospitalisation A Domicile concernant les synovites transitoires de hanche (rhume de hanche) et ses bienfaits, à Clermont-Ferrand.

Cette prise en charge est possible qu'avec une collaboration entre le service d'accueil des urgences pédiatriques, le service de chirurgie pédiatrique et l'HAD 63.

Les rhumes de hanche nécessitent parfois une hospitalisation pour traction. Entre Octobre 2013 et Décembre 2014, 11 enfants ont pu bénéficier d'une traction en HAD.

Cette prise en charge est décrite ici en 3 étapes :

- La confirmation diagnostic aux urgences pédiatriques
- L'organisation de la prise en charge au domicile
- Le suivi post-HAD

Pour chacune de ces étapes, l'antalgie et la récupération des amplitudes articulaires ont été obtenues dès la mise en route de la traction et s'est maintenue.

Un questionnaire téléphonique aux familles à distance de la prise en charge en HAD, montre des avantages sur le vécu de la traction de l'enfant et sa famille ainsi que le plan de l'organisation familiale et professionnelle.

De plus, une étude de l'impact économique a été réalisée retrouvant une économie non négligeable pour l'assurance maladie si la prise en charge pour traction se fait uniquement en HAD.

La prise en charge en HAD comporte certaines limites, par exemple, l'absence de livraison de matériel possible le week-end.

En conclusion, cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle paraît intéressante et serait à poursuivre pour les rhumes de hanches puis éventuellement l'étendre à d'autres indications après la réalisation d'études préliminaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Job-Deslandre, C. Pathologie de la hanche chez l'enfant. *Rev. Rhum.* **76**, 361–366 (2009).
2. Cadilhac, C. Boiterie de l'enfant : démarche diagnostique. *Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ.* (2010).
3. Abuamara, S., Lechevallier, J. & Dacher, J.-N. Diagnostic d'une douleur de hanche chez l'enfant. *Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ.-22107*
4. A Systematic Approach to the Evaluation of a Limping Child - American Family Physician. Available at: <http://www.aafp.org/afp/2015/1115/p908.html>. (Accessed: 28th February 2017)
5. Dubois-Ferrière, V., Belaieff, W., Lascombes, P., de Coulon, G. & Ceroni, D. Transient synovitis of the hip: which investigations are truly useful? *Swiss Med. Wkly.* **145**, w14176 (2015).
6. Ryan, D. D. Differentiating Transient Synovitis of the Hip from More Urgent Conditions. *Pediatr. Ann.* **45**, e209-213 (2016).
7. Ferey, S. & Merzoug, V. La boiterie aiguë de l'enfant. *Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ.* (2011).
8. Lescoeur, B. Intérêts et difficultés de l'hospitalisation à domicile, le point de vue du pédiatre prescripteur. *Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ.* (2009).
9. Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. Version provisoire. Janvier 2017.
10. Cresson, G. Hospitalisation à domicile. *Inf. Soc.* 66–73 (2008).
11. Roux, P. L. *et al.* Infections nosocomiales virales dans un service de pédiatrie : l'exemple des gastroentérites à rotavirus et des bronchiolites à VRS. *Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ.*
12. Bardon C, Canavese F., Rouveyrol F. (2105) ; Prise en charge des rhumes de hanches en Hospitalisation A Domicile (HAD). Retour d'expérience. Poster présenté au congrès de la SFP 2015. Tours

ANNEXE 1. Protocole de prise en charge des rhumes de hanches au CHU de Clermont Ferrand. Pr CANAVESE.

Définition : inflammation articulaire aseptique de l'articulation coxo-fémorale, probablement d'origine virale.
Synonyme : rhume de hanche.

Examen clinique : **Boiterie et douleur à la mobilisation de la hanche, surtout à la rotation interne.**
Une synovite transitoire de la hanche est souvent précédée par une infection ORL d'origine virale qu'il faut rechercher à l'anamnèse.

Bilan : **Radiographie du bassin de face et projection de Lauenstein** et radiographie de la main gauche de face (âge osseux).
Ultrason de la hanche (pour évaluer la taille et le type d'épanchement intra articulaire).
Bilan sanguin : formule, CRP, VS et sérologie pour *Borrelia Burgdorferi*. Un bilan rhumatologique (FR, FAN, ASLO) est à demander en cas de suspicion d'arthrite rhumatologique.
Dans le cas d'une synovite transitoire de la hanche, les bilans radiographiques et sanguins sont normaux ; l'US, par contre, montre un épanchement intra articulaire avec du liquide homogène (à différentier du liquide hétérogène suggestif d'une arthrite septique).

Traitement en urgence :

Conservateur : Si l'épanchement est supérieur à 3 mm ou si la hanche est raide, prévoir une hospitalisation avec mise en traction (1/10 du poids du corps, sans dépasser les 3.5 kg).
Un traitement médical par AINS et myorelaxants est associé à la traction.

Suivi :

Immobilisation : Une hospitalisation et une mise en traction pendant 5-8 jours, en fonction de l'évolution clinique, sont nécessaires si la hanche est douloureuse et raide.

Radiographie : Un suivi avec radiographie n'est pas nécessaire.
Si les symptômes persistent, demander une nouvelle radiographie du bassin de face et projection de Lauenstein pour exclure une Maladie de Legg-Perthes-Calvé (ostéochondrite de la hanche).

Mobilisation : La reprise de la marche est permise à 10-15 jours.
Reprise du sport à 6 semaines.

Les parents doivent savoir : La récurrence homolatérale et un nouvel épisode du côté controlatérale sont possibles mais rares.

La synovite transitoire de la hanche est rare après l'âge de 8 ans.

Conseils : Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion et une Maladie de Legg-Perthes-Calvé, une arthrite septique et une arthrite rhumatologique sont à éliminer.
Un Ultrason de la hanche n'est pas obligatoire en fin de traitement et l'examen clinique suffit (hanche souple, mobile et indolore).
Pour estimer la durée d'hospitalisation il faut considérer que l'épanchement se réduit en moyenne d'un millilitre par jour.

ANNEXE 2. Demande de prise en charge en HAD



HAD 63

1 Chemin des moissons

63118 CEBAZAT

☎ 04 73 23 45 45

☎ 04 73 23 45 46

PRESCRIPTION D'HAD

Je soussigné(e),

Docteur.....

Vu l'état de santé de M.....

demeurant.....

Prescrit son admission en Hospitalisation à Domicile.

Conformément à l'article 1111-2 du Code de santé publique, à l'article 35 du Code de déontologie médicale, je m'engage à être le garant de l'information délivrée au patient sur son état de santé et son traitement.

Orientation palliative : oui non

Date

Cachet

Signature

A REMPLIR PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR ET A RETOURNER A L'HAD 63



FICHE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Version 1.2
Modifiée le
27/05/2013

Noms évaluateurs		Date et heure DDE		Etiquette patient
		Trajectoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

1-1 - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT

NOM, Prénom		Date de naissance		Sexe	M	F
NOM de jeune fille		N° téléphone(s)				
Adresse en HAD						
Personnes ressources						Tel :

Prescripteur d'HAD	Nom :		Fonction :	
	Service :		Tél :	Fax :
Médecin traitant	Tel :			

Allergie... <input type="checkbox"/> ...oui..... <input type="checkbox"/> ...non	Voie d'abord :	Patient informé HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	----------------	---

Antécédents		
Histoire de la maladie		
Motifs de PEC		
Durée de séjour e	<input type="checkbox"/> Courte <input type="checkbox"/> Non définie	Date d'admission souhaitée :

Courrier médical demandé : Oui Non Fiche de renseignements médicaux à faxer : Oui Non

Rendez-vous Evaluation	Rendez-vous confirmé leà.....h.....Par IDEC :
	Présence de la famille : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ANNEXE 3. Questionnaire satisfaction prise en charge en HAD 63 pédiatrique des tractions

Questionnaire téléphonique aux parents des enfants pris en charge en HAD pour traction de rhume de hanche entre octobre 2013 et décembre 2014.

- 1) Avez-vous été satisfait de la prise en charge globale de votre enfant en HAD ?
 - Très satisfait
 - Satisfait
 - Moyennement satisfait
 - Pas satisfait

- 2) Avec le recul, pensez-vous que cette prise en charge ait été adaptée ?
 - oui
 - non

- 3) Pensez-vous que cette traction a été aussi efficace que si elle avait été réalisée en hospitalisation au CHU ?
 - oui
 - non

- 4) Pensez-vous que votre enfant a mieux vécu cette traction du fait de la prise en charge à domicile ?
 - oui
 - non

- 5) Au plan de votre organisation familiale, a-t-elle été simplifiée du fait d'une prise en charge à domicile par rapport à une prise en charge à l'hôpital ?
 - oui
 - non

- 6) Au plan de votre organisation professionnelle :
 - a. Vous êtes vous arrêté de travailler ?
 - oui
 - non
 - b. Si votre enfant avait été pris en charge à l'hôpital, vous seriez vous arrêté ?
 - oui
 - non

Remarques :

ANNEXE 4. « Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile, version 2016. »

MP_08_Autres traitements

Mode de prise en charge		Recommandations			
		Définition	Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations, autorisation EHPAD	
Autres traitements	08	<p>Il s'agit de prises en charge de patients qui relèvent sans ambiguïté de l'HAD, conformément à l'article R6121-4-1 du code de la santé publique, et nécessitant un suivi médical spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents ne pouvant être complètement décrites par aucun des autres modes de prise en charge.</p> <p>Remarque : la réalisation isolée de saignées thérapeutiques ne justifie pas une prise en charge en HAD.</p>	<p>Ce MP regroupe des situations hétérogènes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ modalités de prise en charge en HAD non modélisées actuellement ; ▪ actes spécifiques (ex : évacuation pleurale, ponction d'ascite...) lorsqu'ils sont réalisés dans un contexte justifiant une hospitalisation. <p>L'administration d'une chimiothérapie anticancéreuse, y compris pour une maladie non tumorale, n'utilise pas ce MP mais le MP 05 <i>Chimiothérapie anticancéreuse</i>.</p> <p>Dans tous les cas, l'utilisation de ce MP doit être clairement justifiée et tracée dans le dossier du patient.</p> <p>Le MP 08 <i>Autres traitements</i> inclut la surveillance après greffe d'organe ou de tissu.</p>	<p>L'association avec le MP 15 <i>Education du patient et/ou de son entourage</i> est possible sous réserve qu'il soit utilisé pour des actions éducatives non liées à « l'autre traitement » codé en tant que MPP.</p> <p>Le MPP 08 et MPA 08 sont autorisés en EHPAD si ces interventions sont exceptionnelles et correspondent à des pratiques documentées.</p>	<p>Les établissements sont invités à coder les diagnostics correspondant aux symptômes et à la maladie causale (DCMPP, DCMPA et DAS) et de renseigner les actes CCAM lorsqu'ils existent.</p> <p>Le MP 08 <i>Autres traitements</i> incluant la surveillance après greffe, doit être accompagné d'un code CIM-10 Z94.– <i>Greffe d'organe et de tissu</i>¹³ comme diagnostic correspondant au mode de prise en charge concerné du RPSS (en pédiatrie, voir les exemples de codage des MP en pédiatrie).</p>

¹³ Z94.– utilise la convention d'écriture « point-tiret » (–) de la CIM-10 pour indiquer qu'il faut se reporter aux [codes étendus de la CIM 10](#) pour choisir les caractères supplémentaires (symbolisés par le tiret) adaptés à l'information à coder.

00. Pas de mode de prise en charge associé

Mode de prise en charge	N°	Définition	Recommandations	
			Contenu	Modalités de codage et possibilités d'associations
Pas de mode de prise en charge associé	00	La saisie du code « 00 » s'impose chaque fois qu'il n'existe pas de MPA. L'information « MPA » du RPSS doit en effet toujours être renseignée : elle ne doit pas être laissée vide.		Le code « 00 » ne peut être saisi qu'en position de MPA. Lorsqu'il est associé à un MPP qui ne peut pas être enregistré seul (qui doit coexister avec un autre MP), une confirmation de codage est nécessaire ³ .

¹ Aucun des MP ne peut être associé au MP 22. *Prise en charge du nouveau-né à risque* qui ne peut être utilisé qu'en MPP ; on se référera utilement au tableau croisé des associations de MPP et de MPA qui suit cette liste.

² Arrêté du 24 mars 2009 publié au JORF le 16 mai 2009 modifiant les arrêtés du 16 mars 2007 et du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du CSP (cf. [chapitre VI intervention en ESMS](#)).

³ À propos de l'information *confirmation de codage*, cf. point [informations relatives aux résumés par sous-équences](#) du chapitre I.

VIII. INDICE DE KARNOFSKY (Ancien Appendice G)

L'indice de Karnofsky (IK) a été développé en cancérologie pour décrire, sur une échelle générique synthétique de 0 (signifiant décès) à 100 % (signifiant aucun signe ou symptôme de maladie), l'état de santé global du patient, l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert¹.

Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (« moribond ») à une autonomie quasi-totale (90-100 %²).

Remarque : bien que la grille des activités de la vie quotidienne AVQ (cf. appendice I) et l'IK soient utilisés en HAD pour évaluer la dépendance du patient, il n'existe pas de correspondance établie entre les deux échelles.

Cotation	Situation correspondante	Codage
100%	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie	100
90%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie	090
80%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs de la maladie	080
70%	Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler	070
60%	Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels	060
50%	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents	050
40%	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers	040
30%	Le patient est sévèrement handicapé	030
20%	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif	020
10%	Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement	010

¹ L'échelle IK ou Karnofsky Performance Status Scale est due aux auteurs américains Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. Cf. "The use of nitrogen mustards in the palliative treatment carcinoma". Cancer 1948: 1: 634-56 et Karnofsky DA: "The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer". Columbia University Press, New-York 1949:191-205.

² Par convention, dans le cas du mode « Prise en charge du nouveau-né à risque » (code 22), l'IK du patient est fixé à 100%.

ANNEXE 5 : Les différents cas de figure de tarifications réelle de cette étude comparé à une prise en charge uniquement en HAD

Tarification en fonction du nombre de jours de prise en charge						
Nb de jour de prise en charge au total	Nb jour hôpital	Prix	Nb jour en HAD	Prix	Total	Prix si uniquement HAD
4	0	- €	4	968,40 €	968,40 €	968,40 €
5	0	- €	5	1 147,42 €	1 147,42 €	1 147,42 €
6	0	- €	6	1 326,44 €	1 326,44 €	1 326,44 €
	3	2 143,75 €	3	726,30 €	2 870,05 €	
7	0	- €	7	1 505,46 €	1 505,46 €	1 505,46 €
	1	1 160,28 €	6	1 326,44 €	2 486,72 €	
	2	2 143,75 €	5	1 147,42 €	3 291,17 €	
	3	2 143,75 €	4	968,40 €	3 112,15 €	
9	1	1 160,28 €	8	1 684,48 €	2 844,76 €	1 863,50 €

ANNEXE 6. Poster présenté à la Société Française de Pédiatrie, Tours, mai 2015



Prise en charge des rhumes de hanches en Hospitalisation à Domicile (HAD). Retour d'expérience.

Bardon C.(1); Canavese F.(2); Labbe A.(1); Saillant-Maublant J.(3); Lhommedée B.(3); Merlin E.(1); Rouveyrol F.(1,3)
(1) Pédiatrie CHU Clermont-Ferrand; (2) Chirurgie infantile CHU Clermont-Ferrand; (3) HAD 63 pédiatrique Cébazat



Introduction

Les rhumes de hanches représentent environ 20 hospitalisations/an au CHU de Clermont-Ferrand. Le traitement est symptomatique et repose dans certain cas sur la traction. Habituellement, cette traction est réalisée en hospitalisation, entraînant des problèmes d'organisation familiale et un encombrement des lits. Depuis octobre 2013, nous proposons cette prise en charge en HAD d'emblée.

Objectifs

1. Décrire la prise en charge et le suivi à court et moyen terme
2. Evaluer l'impact économique et la satisfaction des familles

Patients et méthodes

Méthodes

HAD proposés systématiquement :

- Enfants de 3 à 10 ans
- Avec un diagnostic de rhume de hanche
- Nécessitant une traction*
- Résidant dans le Puy-de-Dôme

Critères de jugement

1. Clinique : à J7, J21 et à 6 semaines avec évaluation de l'antalgie, de la mobilisation (active et passive) et des amplitudes articulaires
2. Satisfaction et organisation : questionnaire téléphonique
3. Evaluation économique

*selon les indications du protocole du CHU de Clermont-Ferrand : hanche hyperalgique ou épanchement supérieur à 3 mm

Prise en charge en 3 étapes

1. Confirmation diagnostique aux urgences chirurgicales pédiatriques du CHU de Clermont-Ferrand
2. Organisation de l'HAD
 - Pédiatre coordonnateur : prescription de la surveillance
 - Infirmière : installation puis suivi quotidien
 - Livraison du lit par un prestataire
 - Astreinte médicale et infirmière 24h/24
 - Examen clinique à J7 validant l'arrêt de la prise en charge
3. Prise en charge et suivi en post-HAD
 - Relais par un fauteuil roulant
 - Réévaluation par le médecin traitant à J21
 - Consultations avec le chirurgien infantile avec examen clinique et radiologique à 6 semaines
 - Enquête téléphonique de satisfaction 6 mois plus tard

Résultats

1- Population

- 11 enfants inclus entre octobre 2013 et décembre 2014
- 8 garçons et 3 filles
- Age médian : 7 ans [4 ans-9 ans]
- Epanchement moyen de 6,9 mm [5-10]
- 100% boiterie d'esquive inaugurale

2- Examens cliniques

	Douleur spontanée	Douleur à la mobilisation	Amplitudes articulaires limitées
J0	100 %	100 %	100 %
J7	0 %	0 %	0 %
6 sem.*	0 %	0 %	0 %

*aucun enfant n'a montré de signe d'ostéochondrite

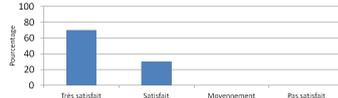
3- Plan économique

Hospitalisation en CHU vs HAD

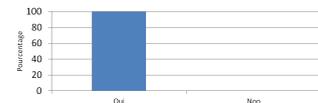
- Prix : économie de 760 € par séjour en moyenne si PEC uniquement en HAD (médiane ; 981 € ; écart-type : 773€)
- Organisation professionnelle
Sur les 9 parents qui travaillaient, 4 ont déclaré qu'ils se seraient arrêtés si prise en charge CHU

4- Satisfaction des familles

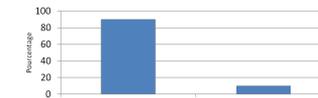
- « Avez-vous été satisfait de la prise en charge globale de votre enfant en HAD? »



- « Pensez-vous que votre enfant a mieux vécu cette traction du fait de la prise en charge à domicile? »



- « Votre organisation familiale quotidienne a-t-elle été simplifiée grâce à la prise en charge en HAD? »



Discussion et perspectives

- Les résultats cliniques sont comparables aux prises en charges en hospitalisation au CHU
- Expérience positive d'HAD et des familles
- Seule limite: pas de livraison de lit le week-end, nécessité de différer la traction de 24 à 48h
- Première expérience positive de collaboration pédiatrique HAD/orthopédie/urgences: autres indications orthopédiques à envisager.

BARDON Claire

**Prise en charge des synovites aiguës transitoires de hanche
en Hospitalisation A Domicile.
Retour d'expérience au CHU de Clermont-Ferrand.**

Mémoire de D.E.S., Clermont-Ferrand, Université Clermont Auvergne, 2017

Introduction : La synovite aiguë transitoire de hanche ou rhume de hanche est la pathologie de la hanche la plus fréquente chez l'enfant de 3 à 10 ans. Une traction est parfois recommandée dans la prise en charge, et représente 700 hospitalisations en France chaque année. Au CHU de Clermont-Ferrand, cette traction est proposée en Hospitalisation A Domicile depuis Octobre 2013. L'objectif de cette étude est de décrire cette prise en charge et le suivi des patients à court et moyen terme, puis d'évaluer la satisfaction de l'enfant et de son entourage puis l'impact économique.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, monocentrique d'octobre 2013 à décembre 2014. Durant cette période, tous les enfants diagnostiqués aux urgences pédiatriques de notre CHU avec un rhume de hanche et nécessitant une traction se sont vu proposer une prise en charge en HAD, soit directement ou après une courte hospitalisation en chirurgie. Cette prise en charge est décrite dans cette étude. Puis, un questionnaire téléphonique à l'un des deux parents a permis d'évaluer la satisfaction des familles ainsi que leur organisation familiale et professionnelle, et enfin, une analyse économique a été réalisée.

Résultats : D'octobre 2013 à décembre 2014, 11 enfants ont été pris en charge en HAD. Cette démarche de prise en charge se décompose en trois temps: le jour du diagnostic aux urgences pédiatriques, l'HAD et le post-HAD. Pour chaque étape plusieurs données ont été analysées, principalement l'obtention de l'antalgie et la récupération des amplitudes articulaires. Cette étude montre que la prise en charge en HAD est satisfaisante pour l'enfant et sa famille et permet une meilleure organisation familiale et professionnelle. De plus, l'analyse des différences de tarification pourrait permettre une économie pour l'assurance maladie de 760 € en moyenne par séjour si la prise en charge se faisait uniquement en HAD.

Conclusion : Cette étude préliminaire nous montre une expérience positive de prise en charge en HAD pour les enfants et leur famille ainsi qu'une collaboration pédiatrique HAD/orthopédie/urgences sur une petite échelle dans des conditions optimales.

MOTS-CLES : Synovite aiguë transitoire de hanche, Hospitalisation A Domicile, Traction, Evaluation, Economie, Collaboration, CHU

Directeur de mémoire : Dr ROUVEYROL Fleur

DATE DE LA SOUTENANCE : Soutenu le 13 avril 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : 52 avenue Albert et Elisabeth, 63000 Clermont-Ferrand