

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE



Année 2013

Thèse N° 124/13

HÔPITAL DU JOUR EN PEDIATRIE: EXPERIENCE DE L'HOPITAL DU JOUR DU SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU HASSAN II-FES

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/06/2013

PAR

M. TENKORANG SENIOR SOMUAH

Né le 09 Avril 1985 à Accra

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Hospitalisation - Hôpital du jour - Pédiatrie

Prestation (transfusion sanguine-test de stimulation de GH)

JURY

M. HIDA MOUSTAPHA.....	PRESIDENT ET RAPPORTEUR
Professeur de Pédiatrie	
M. BOUHARROU ABDELHAK.....	} JUGES
Professeur de Pédiatrie	
Mme. CHAOUKI SANA.....	
Professeur agrégé de Pédiatrie	
Mme. ABOURAZZAK SANA.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Pédiatrie	

PLAN

INTRODUCTION	6
DEFINITION ET CONCEPT	8
MATERIELS ET METHODES.....	10
RESULTATS.....	12
1-Données épidémiologiques	13
2-Données médicales.....	21
3-Présentation de l'HDJ du service de pédiatrie du CHU Hassan II-Fès.....	31
DISCUSSION	36
I-Histoire de l'HDJ	37
II-Caractéristiques de l'HDJ.....	37
III-Modèle conceptuel de l'HDJ.....	39
IV-Evolution de l'HDJ.....	40
V-Présentation de l'HDJ	41
VI-Epidémiologie.....	42
VII-Données médicales	44
VIII-Satisfaction de soins	46
IX-Description des activités de l'HDJ	47
RECOMMANDATIONS	51
CONCLUSION	54
RESUME	57
BIBLIOGRAPHIES.....	63
ANNEXES.....	67

ABREVIATIONS

BOM	= Biopsie ostéo médullaire
CG	= Culot globulaire
CHU	= Centre Hospitalier Universitaire
CP	= Culot plaquettaire
DI	= Décilitre
G	= Gramme
Hb	=Hémoglobine
HC	=Hospitalisation conventionnelle/complète
HDJ	= Hôpital du jour
Kg	= Kilogramme
Km	= Kilomètre
N	=Nombre
PFC	= Plasma frais congelé
RDV	=Rendez vous
RSP	= Retard statural et pondéral
Sd	= Syndrome

LISTE TABLEAU :

Tableau 1 : Nombre Total d'hospitalisations à l'hôpital du jour par Année

Tableau 2 : Le taux d'hospitalisation à l'HDJ par rapport à celui du service de pédiatrie

Tableau 3: Répartition en fonction des âges

Tableau 4 : Répartition en fonction de sexe

Tableau 5 : Répartition géographique des patients en fonction de Région

Tableau 6 : Répartition géographique des patients en fonction de ville

Tableau 7 : Répartition géographique des patients en fonction de ville et la distance de Fès

Tableau 8 : Principales prestations à but diagnostic

Tableau 9: Autres prestations à but diagnostic

Tableau 10: Principales prestations à visée thérapeutique

Tableau 11: Autres prestations à visée thérapeutique

Tableau 12 : Répartition des malades en fonction de la sub-spécialité pédiatrique

Tableau 13. Tableau récapitulatif des pathologies en fonction de la sub-spécialité pédiatrique et les prestations

Tableau 14: Calendrier des prestations

LISTE FIGURE :

Figure 1 : Nombre Total d'hospitalisations à l'hôpital du jour par Année

Figure 2: Le taux d'hospitalisation à l'HDJ par rapport à celui du service de pédiatrie

Figure 3 : Répartition en fonction des âges

Figure 4 : Répartition en fonction de sexe

Figure 5 : Répartition géographique des patients en fonction de Région

Figure 6 : Répartition géographique des patients en fonction de ville

Figure 7 : Carte des régions administratives du Maroc

Figure 8 : Prestations à but diagnostic

Figure 9 : La prise d'une voie veineuse périphérique par l'équipe paramédicale

Figure 10 : Une Ponction lombaire chez un nourrisson de 3 mois

Figure 11: Principales Prestations à visée thérapeutique (1)

Figure 12 : Principales Prestations à visée thérapeutique (2)

Figure 13 : Transfusion sanguine chez un enfant souffrante de la thalassémie

Figure 14: Répartition des malades en fonction de la sub-spécialité pédiatrique

Figure 15: Hôpital de jour du service de Pédiatrie, CHU Hassan II-Fès(1)

Figure 16 : Hôpital de jour du service de Pédiatrie, CHU Hassan II-Fès(2)

Figure 17 : Admission d'un enfant accompagné par son père à l'hôpital du jour

INTRODUCTION

L'hospitalisation conventionnelle des enfants est vécue comme un événement dramatique. Elle peut révéler une expérience effrayante et stressante aussi bien pour l'enfant que pour ses parents. L'hospitalisation récente des enfants avec leurs mères assure un grand confort affectif et psychologique à l'enfant malade. Néanmoins, il occasionne toujours des problèmes au niveau du reste de la famille(1,2).

L'hospitalisation du jour représente une alternative à l'hospitalisation conventionnelle(3).

L'hôpital du jour(HDJ) peut se définir comme une unité de soins qui permet l'hospitalisation journalière des malades afin d'assurer un acte médical à visée diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour le bien être du malade. Cette unité permet non seulement une hospitalisation qui est rapide, facile et satisfaisante, mais aussi la prévention de l'engorgement des services hospitaliers(3).

Cette conception d'hospitalisation devient de plus en plus indispensable dans plusieurs services notamment en pédiatrie où l'enfant représente la tranche d'âge la plus importante et la plus exposée à des maladies diverses nécessitant une prise en charge optimale et satisfaisante(4,5).

Au cours de ce travail nous allons présenter l'hôpital du jour en général, décrire l'hôpital du jour du service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire(CHU) HASSAN II de Fès et rapporter les résultats de notre expérience sur une période de 4 ans allant de janvier 2009 à décembre 2012.

Nos objectifs sont de :

- Décrire les différentes activités de l'HDJ du service de pédiatrie du CHU Hassan II-Fès.
- -Analyser et évaluer ses activités actuelles.
- -Définir et structurer ses activités afin de les valoriser.

DEFINITION

ET

CONCEPT DE L'HDJ

L'O.M.S définit l'HDJ dans son rapport technique n° : 176 /1959 par :<<L'HDJ est un établissement dans le quel les malades sont soignés pendant la journée, ils retournent chez eux pour la nuit et il ne reçoit que des malades dont l'état exige un traitement prolongé et intensif, mais qui peuvent se mouvoir complètement ou partiellement et qui jouissent à leur foyer de conditions de vie suffisantes>>(1).

D'un point de vue pratique, GH. Iraqui en 2000 a défini l'hôpital de jour comme une structure de soins qui permet l'admission, le traitement et la sortie d'un patient le même jour, évitant de passer une ou plusieurs nuits à l'hôpital ; s'il s'agit de chirurgie, on parle de chirurgie ambulatoire. Son objectif est de fournir une prise en charge satisfaisante du malade, qui sans justifier une hospitalisation complète, nécessite des soins ou des examens ne pouvant être pratiqués en consultation externe. Son activité couvre aussi bien des investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que des soins médicaux ou même chirurgicaux avec comme condition que cette activité nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation(3).

Sur le plan des concepts, l'hôpital de jour représente une alternative à l'hospitalisation(3).

MATERIELS ET METHODES

C'est une étude descriptive, analytique et observationnelle rétrospective à propos des activités de l'HDJ du service de pédiatrie au sein de CHU-HASSAN II-Fès sur une période de 4 ans allant de janvier 2009 (date du démarrage du service) à décembre 2012.

Population D'étude :

Les enfants malades admis à l'HDJ du service de pédiatrie.

Critères d'exclusion : -L'hospitalisation de Jour d'oncologie pédiatrique

- Les malades de l'admission

Lieu d'étude :

L'HDJ du service de pédiatrie du CHU Hassan II.

Paramètres recueillis :

Pour chaque patient les paramètres suivants ont été enregistrés :

- les données sociodémographiques (âge, sexe, provenance)
- les actes pratiqués (diagnostic, évaluation, traitement)

Tous ces paramètres sont recueillis du registre de l'hôpital du jour, les dossiers des malades, les données du service de statistique.

Le logiciel SPSS version 17 à été utilisé pour l'analyse descriptive de l'ensemble des données.

RESULTATS

Limites et difficultés de l'étude :

- Comme toute étude rétrospective, les difficultés majeures que nous avons rencontrées étaient liées au recueil des données vu l'insuffisance des informations dans le registre et dossiers des malades.

1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

A. Fréquence:

Durant la période de notre étude :

- La capacité litière de l'HDJ est égale à 4 soit 9% de celle du service de pédiatrie (N=44)
- Cette unité a admis mille huit cent quarante et un (N=1841) enfants de moins de 16 ans par rapport à trois milles neuf cents vingt six (N=3926) hospitalisations complètes faite dans le service, ce qui représente un taux moyen d'hospitalisation de 46,9% par rapport à celui du service.
- Ceci montre que l'HDJ ayant à peu près 10% de la capacité litière du service a assuré presque la moitié de l'hospitalisation totale du service.
- En moyen, 460 admissions par an ont été réalisé dans notre unité, ce qui représente 2 à 3 admissions par jour à l'exclusion des week-ends et les jours fériés.
- A noter que ce taux reste sous estimé comme nos données ne concernent que les admissions et exclue les malades consultants comme le registre ne les contient pas.

Tableau 1 : Nombre Total d'hospitalisations à l'hôpital du jour par Année

Année	Nombre total d'hospitalisations	Pourcentage %
2009	345	18,7
2010	462	25,1
2011	465	25,3
2012	569	30,9
Total	1841	100

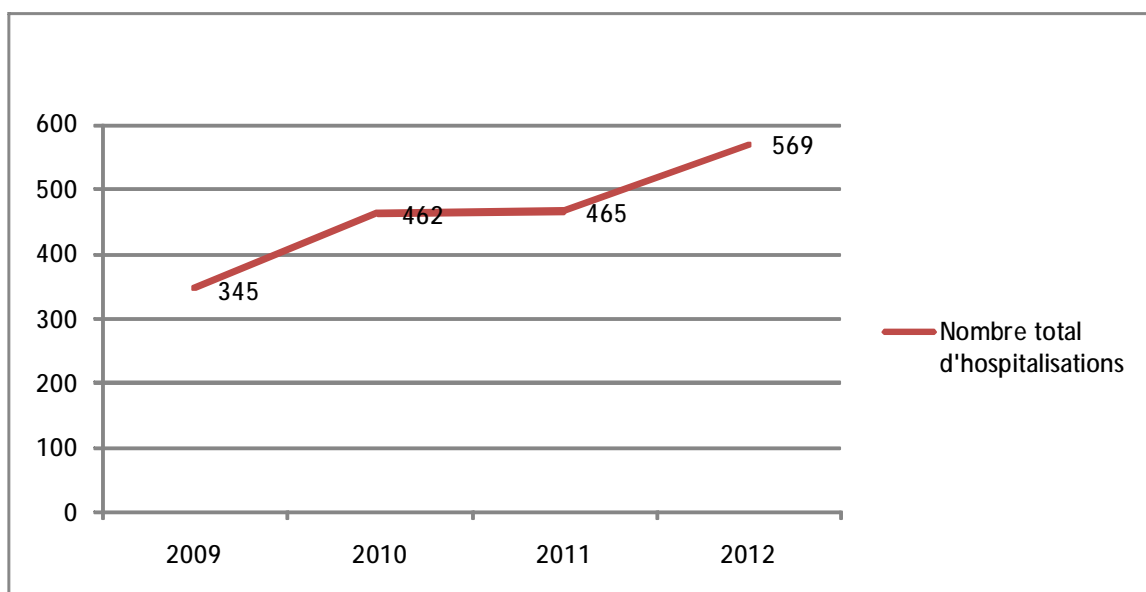


Figure 1 : Nombre Total d'hospitalisations à l'hôpital du jour par Année

Tableau 2 : Le taux d'hospitalisation à l'HDJ par rapport à celui du service de pédiatrie

Année	Hôpital du jour (HDJ)	Hospitalisation conventionnelle(HC)	HDJ/HC (%)
2009	345	966	35,7
2010	462	977	47,3
2011	465	1008	46,1
2012	569	975	58.6
Total	1841	3926	46.9

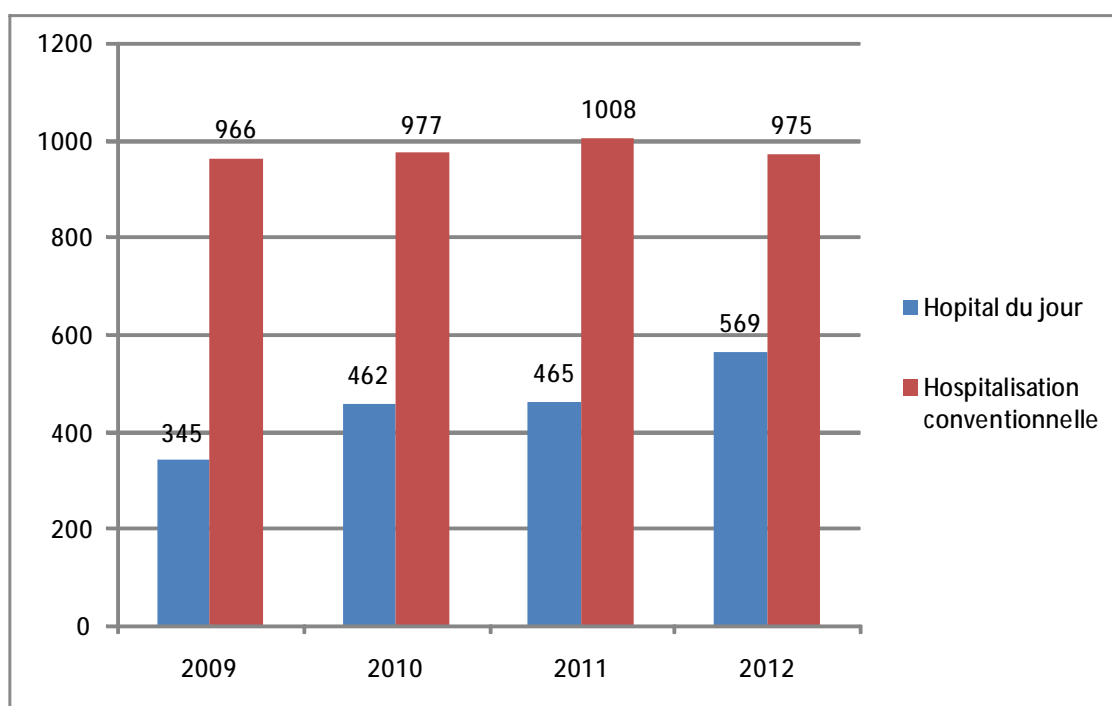


Figure 2: Le taux d'hospitalisation à l'HDJ par rapport à celui du service de pédiatrie

B. Age :

Les patients pris en charge à L'HDJ avaient un âge variant entre 2 mois et 16 ans avec un pic de fréquence de 2 et 6 ans soit 42.2%

Tableau 3: Répartition en fonction des âges

Age (an)	Nombre de patients	Pourcentage %
<2ans	455	24.7%
2-6ans	776	42.2%
7-12ans	350	19%
>12ans	260	14.1%

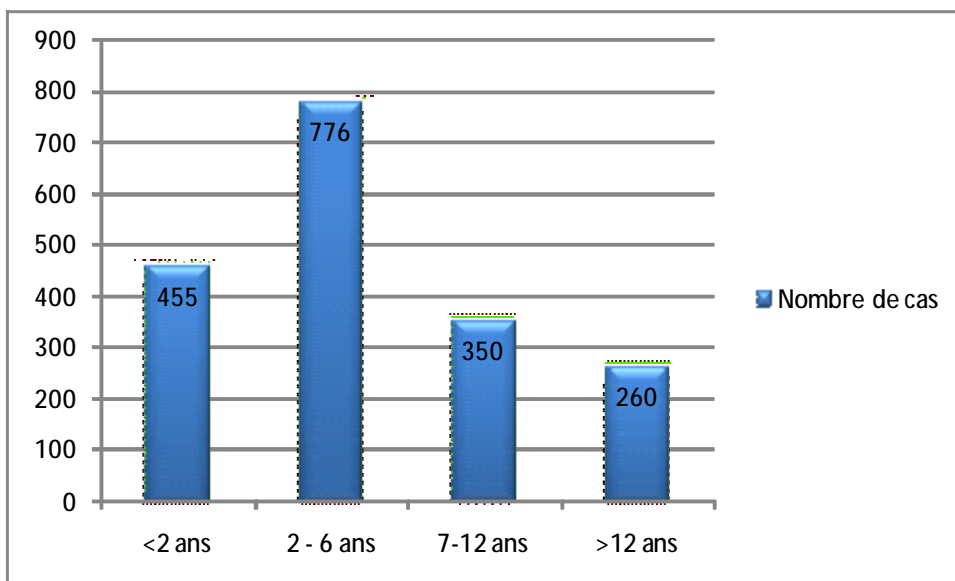


Figure 3 : Répartition en fonction des âges

C. Sexe :

Sur les 1841 enfants pris en charge à l'HDJ durant les années de notre étude, il y avait 958 garçons (52%) et 883 filles (48%) soit une prédominance masculine et un sexe ratio de 1,1.

Tableau 4 : Répartition en fonction de sexe

sexe	Nombre de patients	Pourcentage %
Masculin	958	52%
Féminin	883	48%

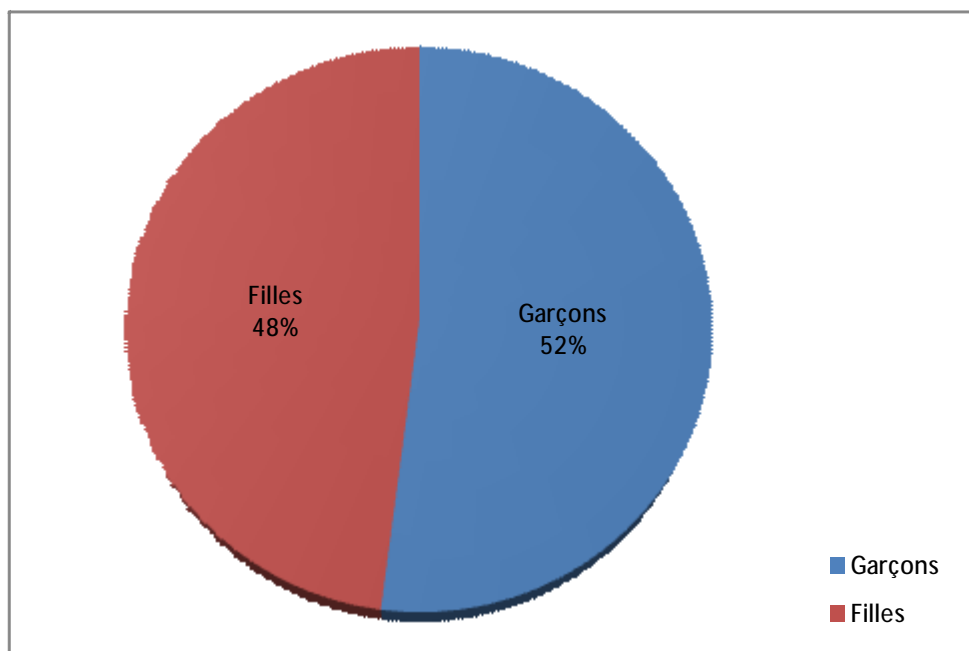


Figure 4 : Répartition en fonction de sexe

D. Provenance :

- Nos patients proviennent de la région de Fès-Boulemane (74%) et les régions avoisinantes (26%).
- 55% de ces malades habitent dans la ville de Fès .Le reste provient de Séfrou (la ville la plus proche faisant 30Km de Fès et un moyen de 30 minutes par route) et de Oujda (la ville la plus loin faisant 325 Km de Fès et un moyen de 5 heures de route).
- la répartition géographique dans notre étude peut indiquer qu'un nombre très important des patients admis proviennent du milieu urbain.

Tableau 5 : Répartition géographique des patients en fonction de Région

Provenance (Région)	Nombre de patients	Pourcentage %
Fès-Boulemane	1372	74
Taza-Al Hoceima-Taounate	307	17
Meknès-Tafilalet	112	6%
Oriental	50	3%

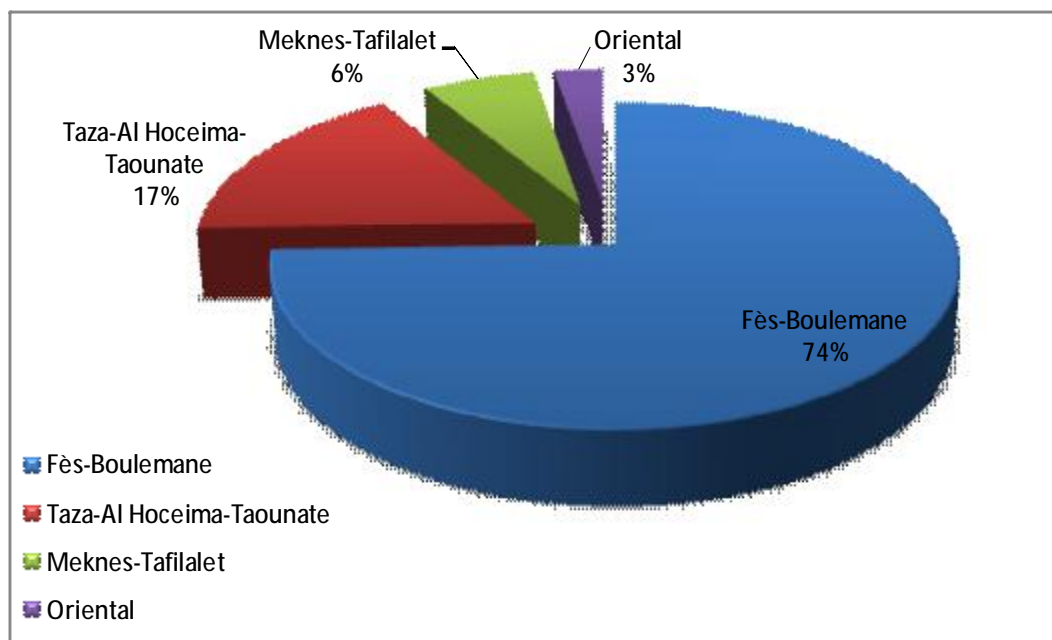


Figure 5 : Répartition géographique des patients en fonction de Région

Tableau 6 : Répartition géographique des patients en fonction de ville

Provenance (ville)	Nombre de patients	Pourcentage %
Fès	1012	55
Séfrou	340	18,5
Taounate	227	12,3
Taza	57	3,1
Meknès	57	3,1
Oujda	50	2,7
Er-Rachidia	30	1,6
Khenifra	25	1,4
Al Hoceima	23	1,2
Outat El Haj	20	1,1
Total	1841	100%

Tableau 7 : Répartition géographique des patients en fonction de ville et la distance de Fès

Provenance (ville)	Pourcentage %	Distance de Fès(Km)
Séfrou	18,5	31
Taounate	12,3	84
Taza	3,1	119
Meknès	3,1	69
Oujda	2,7	325
Er-Rachidia	1,6	234
Khenifra	1,4	165
Al Hoceima	1,2	290
Outat El Haj	1,1	234

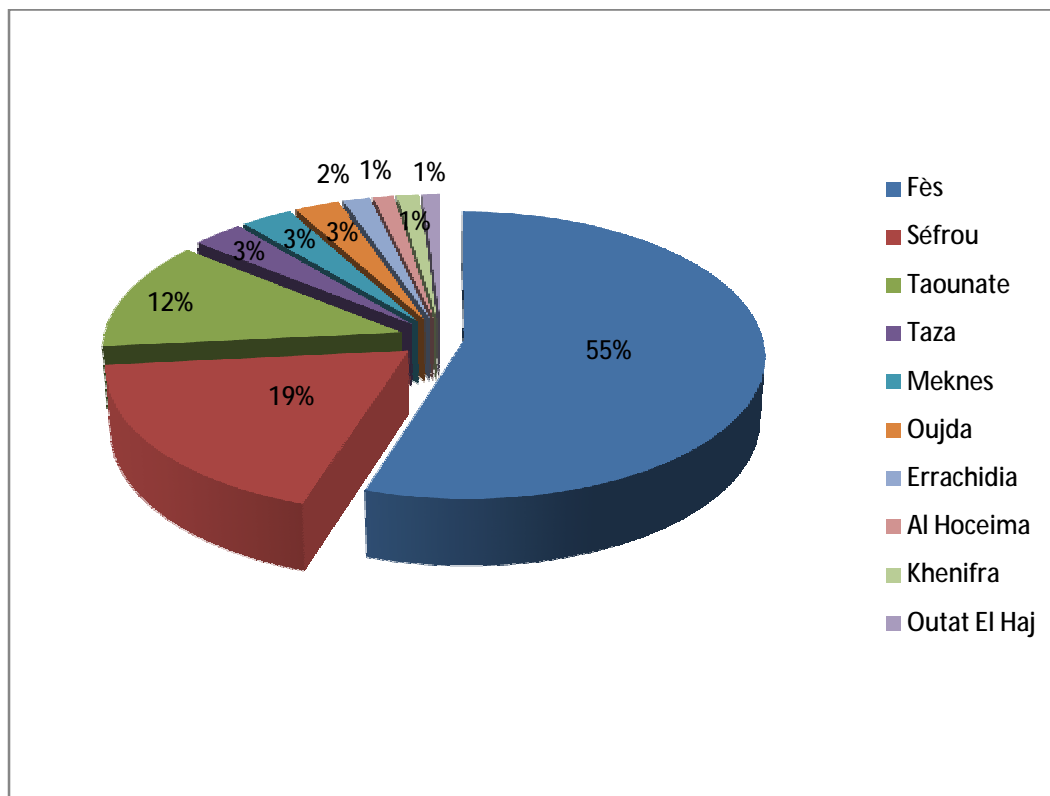


Figure 6 : Répartition géographique des patients en fonction de ville



Figure 7 : Carte des régions administratives du Maroc

2. DONNEES MEDICALES :

Les malades admis à l'hôpital du jour bénéficient des prestations médicales à visée diagnostique et/ou thérapeutique. Certains gestes sont réalisés dans le cadre d'un suivi de l'évolution de certaines pathologies le plus souvent chroniques.

Les activités de L'HDJ sont nombreuses. Nous n'allons décrire que des gestes fréquents. Nos résultats ne concernent que des prestations principales réalisées basés sur leur ordre de fréquence.

2.1: LES ACTIVITES DE L'HDJ

2.1.1 Prestations à but diagnostic

Notre étude a montré que les prestations à but diagnostic sont dominées par de bilan sanguin représentant 52,2%, suivies par les tests de stimulation de l'hormone de croissance(GH) représentant 27,6%.

Nous avons également constaté une chute annuelle du taux de bilan sanguin, contrairement au taux de test de stimulation de GH qui s'accroît rapidement chaque année. Ce dernier devenant la principale prestation à but diagnostic à partir de l'année 2011.

Malgré le taux bas des autres prestations tels que le myélogramme(8,3%), la fibroscopie bronchique(6,3%) et la ponction lombaire(5,6%), il est évident que la fréquence de ces gestes augmente progressivement chaque année.

Ceci explique les tendances spécialisées des actes à but diagnostic.

Autres prestations tels que le test de restriction hydrique(Minirin^R), l'épreuve de jeûne, le tubage gastrique, la biopsie ostéo-médullaire(BOM) et le test de réintroduction de protéines de lait de vache se réalisent aussi à l'HDJ, mais de façon moins fréquente.

Tableau 8 : Principales prestations à but diagnostic

Nature de prestation	2009	2010	2011	2012	Total	Pourcentage %
Bilan sanguin	150	140	56	52	398	52,2
Test de stimulation de GH	1	30	89	90	210	27,6
Myélogramme	18	8	12	25	63	8,3
Fibroscopie bronchique	3	1	9	35	48	6,3
Ponction lombaire	17	7	1	13	43	5,6

Tableau 9: Autres prestations à but diagnostic

Nature de prestation	2009-2012
Test de restriction hydrique	5
Epreuve de jeune	3
Tubage gastrique	24
Biopsie ostéo-médullaire	5
Test de réintroduction de protéines de lait de vache	3

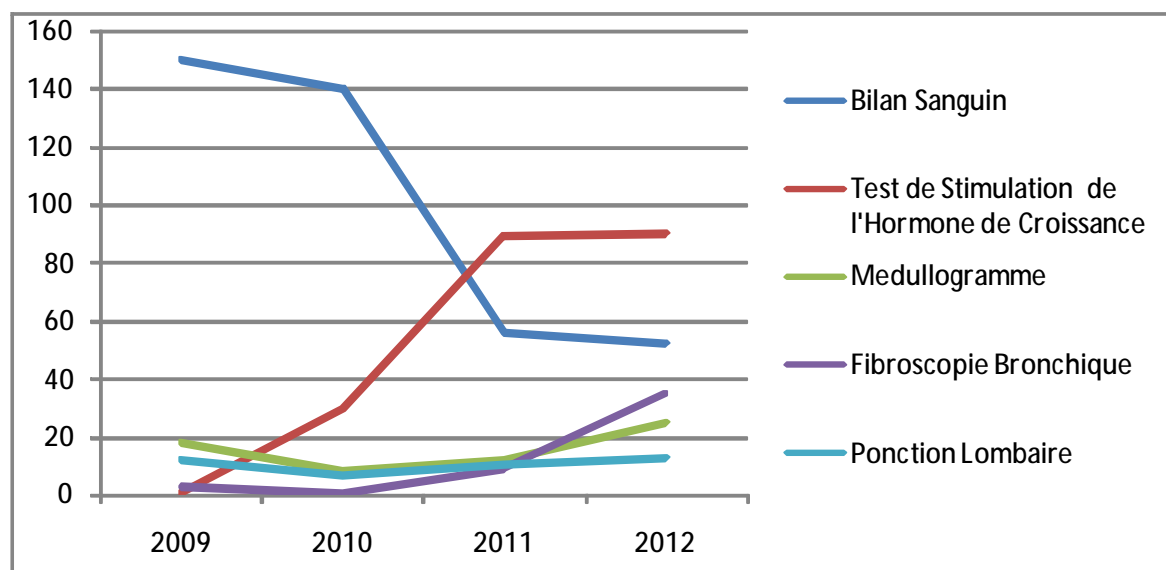


Figure 8 : Prestations à but diagnostic



Figure 9 : La prise d'une voie veineuse périphérique par l'équipe paramédicale



Figure 10 : Une Ponction lombaire chez un nourrisson de 3 mois

2.1.2. Prestations à visée thérapeutique:

Notre étude montre que les prestations principales à visée thérapeutique sont le traitement intraveineux des médicaments représentant 67.2% dont l'injection intraveineuse des infections urinaires représente plus que la moitié soit 37,8%, suivie par la transfusion de produits sanguins (culots globulaires, culots plaquettaires et plasma frais congelés) représentant 32,8% dominées par la transfusion de CG soit 28,4%.

Nous constatons une croissance annuelle de taux de toutes ces prestations.

Il existe plusieurs prestations réalisées moins fréquemment tels que la réhydratation, la perfusion de sucrose de fer (Venofer[®]) et l'injection d'autres médicaments (vitamine K, Acide zolédronique, Pamidronate).

Tableau 12: Principales prestations à visée thérapeutique

Nature de prestation	2009	2010	2011	2012	Total	Pourcentage%
Transfusion sanguine :						
CG	40	48	55	24	167	28,4
CP	6	5	2	0	13	2,2
PFC	3	5	3	2	13	2,2
Total	48	58	60	26	193	32,8
Perfusion de Laronidase(Aldurazyme [®])	0	13	29	22	64	10,9
Perfusion de la Méthylprednisolone (Solu-médrol [®])	9	15	6	15	45	7,7
Perfusion des Immunoglobulines	6	7	7	5	25	4,2
Perfusion de Cyclophosphamide(Endoxan [®])	3	1	4	4	12	2,0
Injection des Anti métabolites(Méthotrexate [®])	0	0	8	2	10	1,7
Injection des Facteurs VIII recombinant(Kogenate [®])	3	6	3	5	17	2,9
Injection Intraveineux des Infections Urinaires (C3G+/-Aminoside)	59	38	35	90	222	37,8

Tableau 13: Autres prestations à visée thérapeutique

Autres prestations	2009-2012
Réhydratation	15
Perfusion de sucrose de fer (Venofer [®])	10
Injection de l'Acide zolédronique (Zometa [®])	6
Injection de la Vitamine K (Konakion [®])	4
Injection de Pamidronate	2

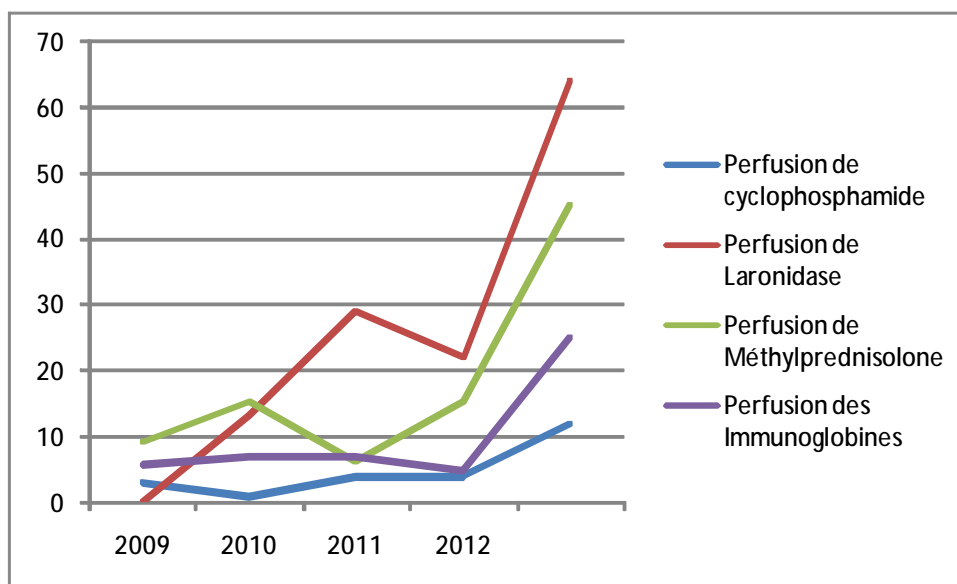


Figure 12: Principales Prestations à visée thérapeutique (1)

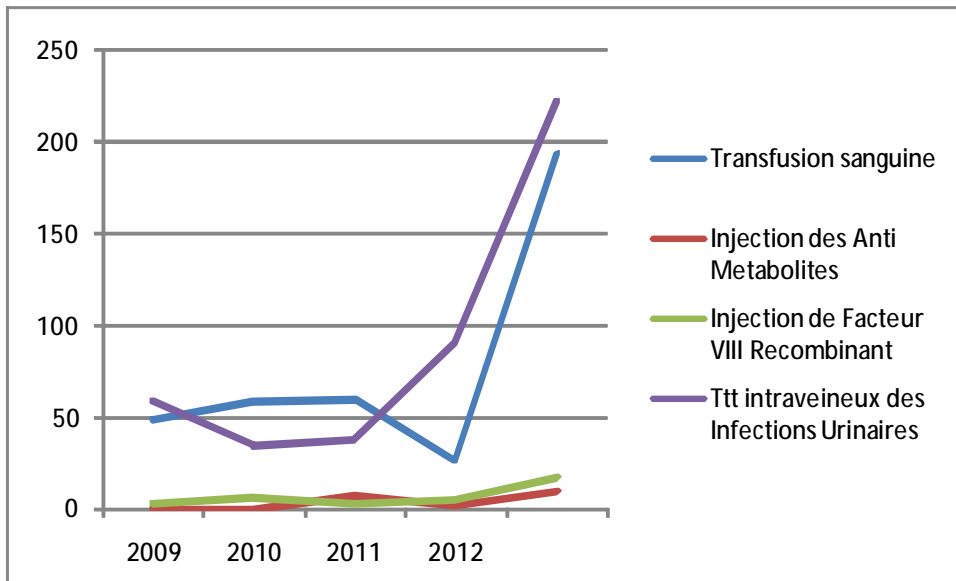


Figure 13 : Principales Prestations à visée thérapeutique (2)



Figure 14 : Transfusion sanguine chez un enfant souffrante de la thalassémie

2.1.3 Répartition des malades en fonction de la sub-spécialité pédiatrique

L'Hôpital du jour, comme une unité de réalisation des actes à court durée, reçoit des malades appartenant à diverses spécialités de la pédiatrie médicale.

Tableau 14 : Répartition des malades en fonction de la sub-spécialité pédiatrique

Spécialité	Nombre de cas	Pourcentage %
Hématologie	260	32,5%
Endocrinologie	250	31,2%
Néphrologie	167	20,9%
Pneumologie	60	7,5%
Neurologie	41	5,1%
Autres	22	2,8%

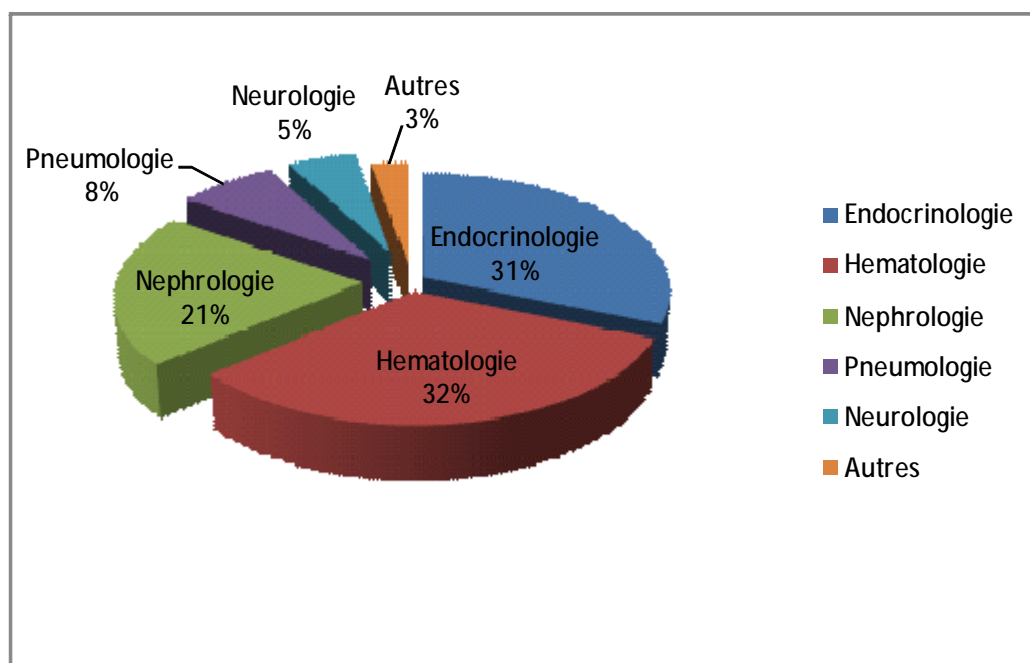


Figure 15: Répartition des malades en fonction de la sub-spécialité pédiatrique

2.1.4 Pathologies en fonction de la spécialité

Tableau 15. Tableau récapitulatif des pathologies en fonction de la sub-spécialité et les prestations

Sub Spécialité	Pathologies	Indication
Hématologie	Drépanocytose	NFS+ Transfusion
	Thalassémie	NFS+ Transfusion
	Autres Etiologies d'Anémie	NFS+ Transfusion+Bilan Etiologique
	Microsphérocytose Hériditaire	NFS+Frottis sanguin+ Transfusion
	Purpura Thrombopénique	Myélogramme+Corticothérapie+/- Perfusion des Immunoglobulines
	Hémophilie	Injection Des Facteurs VII (Recombinant)
Endocrinologie	Retard Staturo-pondérale Et Pubertaire	Bilan Etiologique (Test De Stimulation De GH+++)
	Hypoglycémie	Epreuve de <i>jeûne</i>
	Diabète Insipide	Test de restriction hydrique (Desmopressine Minirin ^R)
	Troubles Hormonaux	Bilan Hormonal
Néphrologie	Syndrome Néphrotique	Perfusion de Méthylprednisolone+Perfusion d'Albumine (PFC Si Manque)
	Insuffisance Rénale	Perfusion de Sucrose de Fer(Venofer ^R) +Bilan rénal
	Rachitisme	Bilan phosphocalcique+ dosage des métabolites de la Vitamine D
Pneumologie	Inhalation De Corps Etranger	Fibroscopie Bronchique
	Broncho-pneumopathies A Répétition (TB, DDB, Mucoviscidose)	Fibroscopie Bronchique+tubage gastrique
Neurologie	Affections Neurologiques (Leucodystrophies, Sd de West, ostéogenèse imparfaite)	Bilan sanguin+ Ponction lombaire +perfusion médicamenteuse (Zometa ^R ,pamidronate)

3. L'HOPITAL DU JOUR DU SERVICE DE PEDIATRIE DU CHU HASSAN II

3.1. Configuration architecturale :

Notre HDJ comporte :

- un lieu d'attente
- une salle d'hospitalisation contenant ;
 - une capacité litière de 4 ; chaque lit a une chaise pour l'accompagnateur de l'enfant
 - un bureau pour l'équipe médical
 - un lavabo
 - un chariot portant les matériels pour les prestations
 - un placard dans lequel se trouvent les dossiers des malades



Figure 16 : L'entrée de L'hôpital du jour du service



Figure 17: Hôpital de jour du service de Pédiatrie, CHU Hassan II-Fès(1)



Figure 18 : Hôpital de jour du service de Pédiatrie, CHU Hassan II-Fès(2)

3.2. Personnel :

Le bon fonctionnement de l'HDJ exige une équipe soignante cohérente et vigilante dans lequel l'équipe médical joue un rôle primordial car elle est à appeler à intervenir à tout instant et surtout lors que surgissent des difficultés.

L'équipe soignante :

- un médecin résident de pédiatrie
 - un interne
 - des externes
 - une infirmière
 - une aide soignante
- *l'équipe médicale* : est composée d'un médecin résident et un interne qui sont responsable de la programmation des malades selon l'indication et les gestes à entreprendre. Ils jouent un rôle indispensable dans la prescription et la supervision des prestations. Ils sollicitent les avis des professeurs du service si nécessaire. Cette équipe assure aussi des consultations pour des motifs divers tels que :-constituer un dossier médical, programmer ou modifier le jour d'hospitalisation, voir le bilan des malades, ...



Figure 19 : Admission d'un enfant accompagné par son père à l'hôpital du jour

- L'infirmière exécute la prescription de l'équipe médicale et assure la surveillance des malades au cours de l'hospitalisation.
- L'aide soignante assiste l'infirmière dans l'exécution de son travail.
- Le Professeur du service : il est responsable de l'HDJ. Il supervise toutes les activités de cette unité et décide des prestations reçues par les patients.
- L'équipe soignante n'est pas affectée en permanence à l'HDJ. Elle change périodiquement selon la rotation de chaque personnel et la disponibilité de personnel dans le service.

3.3. Horaire :

L'HDJ est ouvert de 8h30 à 14h00, 5 jours/7 jours, du lundi au vendredi sauf les weekends et les jours fériés.

Les mardis sont consacrés à la fibroscopie bronchique et aux gestes nécessitant une anesthésie générale. Les myélogrammes se font les mardis et les jeudis

Peu de gestes se font les vendredis car cette journée est mise à part pour la visite et la discussion des dossiers des malades pris en charge au cours de la semaine. Ces patients sont par la suite informés de la décision prise concernant leur prise en charge ultérieurement.

Tableau 16 : Calendrier des prestations

Jour	Activité
Lundi	Toutes prestations (Test de stimulation+Transfusion sanguine)
Mardi	Fibroscopie+Myélogramme
Mercredi	Toutes prestations (Test de stimulation+Transfusion sanguine)
Jeudi	Myélogramme+Autres prestations (Test de stimulation+Transfusion sanguine)
Vendredi	Discussion des dossiers médicaux+consultation médicale

DISCUSSION

I.HISTORIQUE DE L'HDJ :

Compte tenu de l'évolution des soins médicaux en général depuis deux décennies (essor des soins ambulatoires), du développement des techniques d'évaluation en Pédiatrie et de la naissance d'activités spécifiques (traitements, bilans, stratégies et procédures de soins), la nécessité d'accroître les structures alternatives à l'hospitalisation complète (HC) dans cette discipline apparaît clairement. (6)

C'est de ce fait qu'est née l'idée de l'HDJ. Pour certains, l'HDJ a pris naissance en chirurgie en se basant sur des rapports publiés sur des séries d'interventions réalisées son enceinte ; en effet James Nicholl rapporte une série d'enfants ayant subi un geste chirurgical à l'HDJ de Glasgow de 1899 à 1908 ; il en est de même pour Fulterton en 1913 à Belfast (7).

Pour d'autres, l'HDJ a pris naissance en psychiatrie. Le premier hôpital de jour a été fondé en 1933 à Moscou par DZHAGAROV, dans un contexte économique-politique d'industrialisation intensive (8) avec pour objectif de lutter contre l'engorgement des services de psychiatrie et de permettre au patients de rester dans leur milieu familial (9). Par la suite l'idée de l'HDJ a été longuement reprise un peu partout dans le monde notamment en France à partir de 1960.

II.CARACTERISTIQUES DE L'HDJ :

A. Situation :

Les auteurs s'accordent pour considérer que l'HDJ est une formule de soins surtout intéressante en milieu urbain.

Cet unité peut être soit totalement autonome et disposer de moyens propres (locaux, matériels personnels) ou fonctionner comme service complémentaire d'autres services de proximité et utilisant en partie ou en totalité les moyens

existants dans ces services. De même elle peut être totalement spécialisée ou multi disciplinaire (10).

B. Architecture:

Elle découle de la fonction de l'HDJ : <<les HDJ remplissent un espace dont ils disposent selon les orientations thérapeutiques fondamentales>> (10)

En général dans le même service d'hospitalisation à temps pleine ;

- 1 ou 2 salles de 2 ou 3 lits selon les besoins des gestes à réalisés:
- une salle d'attente
- une salle de soins et d'examens
- une salle de jeux, une buvette selon les dispositions.

C. Capacité :

La capacité de l'HDJ est difficile à estimer.

Selon Veil, elle peut être exprimée de 2 façons différentes:

- capacité exprimée en nombre de malades : nombre total des malades différents pouvant être traités au cours d'une semaine
- La capacité hebdomadaire en malades devrait être de 1 à 5 fois la capacité en place. (10)

D. Fonctionnement

La caractéristique essentielle de l'HDJ est qu'elle est programmée en avance.les patients sont hospitalisés pour une durée déterminée et pour une prestation précise ; Ce qui permet de rationaliser l'ordre des interventions selon un

intervalle de temps contrairement à l'hospitalisation classique qui les étale sur quelques jours.

Ce caractère de l'HDJ convient bien à l'exercice de certaines disciplines qui exercent aisément de traitements programmables et compatibles aux soins ambulatoires(11).

E .Personnel :

Le caractère interdisciplinaire du personnel impose la nécessité d'avoir une équipe dédiée à une unité d'hospitalisation de jour, ce qui se justifie aussi par le caractère très planifié des prises en charge et de l'importance des activités.

Il est difficile de donner des ratios très précis de personnels, car ceux-ci sont étroitement liés aux types de pathologie et aux soins dispensés (12).

III- MODÈLE CONCEPTUEL DE L'HDJ :

La conception de l'hôpital du jour impose :

- L'existence d'une unité d'accueil ;
- L'existence d'un bureau d'admission facturation ;
- L'existence d'une unité de soins dont la capacité litière est arrêtée en fonction d'un certain nombre d'indicateurs:

1. Flux des malades
2. Capacité d'accueil des structures médico-techniques
3. Disponibilité du personnel médical, paramédical et administratif.
4. L'existence d'une unité d'évaluation qui est un système d'information permettant d'évaluer les activités de l'hôpital du jour au moyen d'une analyse comparative des patients hospitalisés et des patients de court séjour.

Cette évaluation doit porter sur :

- ü Les données de satisfaction des patients.
- ü Les résultats cliniques
- ü Les coûts totaux de l'épisode de soins. (13)

IV. EVOLUTION DE L'HDJ :

L'hospitalisation du jour s'est particulièrement développée au cours de ces dix dernières années. Elle devrait encore s'accroître, à la demande des organismes, mais également à celle des patients eux-mêmes. Plusieurs facteurs d'évolution provoquent et facilitent ce développement ;

a- les attentes des patients :les comportements ainsi que les relations des patients avec l'hôpital ont beaucoup changés ces dernières années ;ceci favorisé par l'explosion des techniques de communication et la forte médiatisation de tous les sujets portants sur les domaines de la santé et de l'hôpital amenant les patients à poser un regard différent sur l'hôpital et à ne se positionner plus en tant qu'usagers passifs et dépendants mais plutôt en tant que clients ou consommateurs actifs et souhaitant être considéré dans les décisions médicales concernant les soins qui leur sont prodigués.

b- les évolutions médicales et technologiques qui se caractérisent par une rapidité d'exécution et une sécurité de réalisation accrues des actes et des traitements réalisés.

Toutes ces évolutions permettent de réduire les durées de séjour et de mieux maitriser les délais de réalisation des soins (14).

V. PRESENTATION DE L'HOPITAL DU JOUR

L' HDJ est situé au sein du service de pédiatrie dont il fait partie intégrante. Elle n'est pas autonome .Au contraire, il utilise les moyens existants dans le service comme décrit dans la littérature où les HDJ peuvent fonctionner de façon autonome en disposant de leurs propres moyens, ou de façon complémentaire à d'autres services situés à proximité en utilisant les moyens existants dans ces services.(3)

1-Missions :

L'HDJ pédiatrique a été conçu pour :

- § Offrir à l'enfant et à sa famille un relais entre l'hôpital et le domicile
- § Améliorer la qualité de vie à l'hôpital en favorisant un partenariat parents-enfant-soignants.
- § Diminuer la charge de capacité litière
- § Diminuer le coût et l'hospitalisation de longue durée

2-Fonctionnement :

-Recrutement : les patients prise en charge à l'HDJ sont adressés :

- des consultations du service
- au décours d'une hospitalisation au service
- des urgences pédiatriques
- autres structures sanitaires

L'équipe médicale accueille ces patients, indique leur prise en charge dans cette unité, détermine les prestations à entreprendre et effectue leur programmation. Les activités à réalisés sont enregistrées dans l'agenda de l'équipe soignante.

Les patients ne sont admis qu'au jour de leur rendez-vous(RDV) pour les actes indiqués sauf en cas d'urgence. Certains de ces malades surtout ceux qui viennent de loin reçoivent une confirmation de leurs RDV au téléphone.

L'accompagnant, étant souvent la mère, reste avec l'enfant pendant la durée de l'hospitalisation pour minimiser l'angoisse de l'enfant.

-Secrétariat : L'HDJ ne dispose pas de secrétariat ni de matériel informatique. Le travail de secrétariat est effectué par l'infirmière qui enregistre manuellement tous les soins dispensés aux malades dans un registre prévu à cet effet et par l'équipe médicale responsable de l'HDJ qui marque les rendez- vous sur l'agenda.

VI.EPIDEMIOLOGIE :

A-Fréquence:

-Dans notre étude, le taux moyen d'hospitalisation à l'hôpital du jour représente 46.9% de celui du service de pédiatrie.

Ce taux est élevé par rapport à d'autres études faites sur les hôpitaux de jour :

-Dans une étude rétrospective menée à l'hôpital de jour du service des maladies infectieuses au CHU Ibn Rochd à Casablanca, sur une période de 7 ans (entre 1993 et 1999), 8252 malades ont été hospitalisés dans le service des maladies infectieuses dont 2217 de ces malades ont été hospitalisés en HDJ soit 26,8 %.(16)

-Dans une autre étude, sur la même période d'année, menée au service de hépato-gastro-entérologie du même CHU rapporte que la proportion de malades pris en charge dans l'HDJ du service est en moyenne de 15% de l'ensemble des hospitalisations ayant progressivement augmenté au fil des années allant de 3% en 1993 à 30% en 1999(17).

Cette forme alternative d'hospitalisation étant rapide, confortable et satisfaisante pour l'enfant malade et sa famille continue à vivre une appréciation et à accroître avec le temps.

Ce taux en croissant progressive explique la diminution de la capacité litière au sein du service permettant à même temps de prendre en charge des malades nécessitant des soins en urgence et l'hospitalisation de longue durée à visée diagnostique, thérapeutique et aussi de surveiller l'évolution clinique de certains malades.

B-Age :

L'âge des patients pris en charge à L'HDJ varie entre 2 mois et 16 ans. la majorité de ces patients se trouvent dans la tranche d'âge 2-12 ans représentant 61.2% avec un pic de fréquence entre l'âge de 2 et 6 ans soit 42.2%.

Dans une étude rétrospective réalisé au Canada sur une période de 5 ans (entre 1992 et 1997) portant sur l'analyse de l'efficacité de chirurgie ambulatoire en pédiatrie, la majorité des patients avaient un âge entre 2 et 7 ans, (18) ce qui correspond à notre série.

C-Sexe :

Dans notre étude, il y avait une prédominance masculine et un sexe ratio de 1,1.

D-Provenance :

- Les patients admis à l'HDJ proviennent de la région de Fès-Boulemane (74% de patients) et les régions avoisinantes (26%).

- la majorité de ces patients habitent dans la ville de Fès représentant 55% des patients. Ce taux élevé peut être expliqué par la proximité géographique du Centre hospitalier à ces patients.
- 45% de ces patients (N=829) proviennent des villes lointaines dont la plus proche étant Séfrou, située à 31km de Fès et la plus loin étant Oujda, 325km de Fès. la distance moyenne de parcours de ces patients est 173km nécessitant un moyen de 2hrs30 de route.
- Ceci exige un respect du programme des malades à l'HDJ. les malades doivent être mise en valeur pour être ponctuels pour pouvoir bénéficier de leurs gestes et répartir le même jour.

VII.DONNEES MEDICALES:

- L'hôpital de jour (HDJ) a déjà constitué un véritable bouleversement dans la prise en charge de certaines affections chez l'enfant dans des disciplines comme la chirurgie enfant, l'hématologie, l'oncologie, gastro-entérologie (fibroscopie digestifs) et endocrinologie (diabétologie).
- Dans notre étude, les activités de l'HDJ concernent les patients appartenant essentiellement à des spécialités pédiatriques comme hématologie, endocrinologie, néphrologie, pneumologie et la neurologie. les autres spécialités tels que la cardiologie, la gastro-entérologie voire la neurologie assurent la majorité de leurs prises en charge journalière dans leurs consultations et leurs unités d'exploration. L'oncologie et une partie de l'hématologie fonctionnent dans une autre unité de jour au sein du service.
- L'essentiel de l'activité de l'hôpital de jour est consacrée aux prestations qui ont un but de diagnostique, thérapeutique ou de suivre l'évolution de certains affections qui sont souvent de nature chronique.

A. LES PRESTATIONS A BUT DIAGNOSTIC :

- les prestations à but diagnostic sont dominées par de prélèvements sanguin représentant 52.2% .Nous avons constaté que le taux du bilan sanguin diminue rapidement chaque année. Ceci est du fait que les gestes de l'HDJ deviennent de plus en plus spécialisés.
- les tests endocriniens y compris essentiellement les tests de stimulation d'hormone de croissance représentant 27.6% est en croissante rapide. Ceci s'explique par le biais de recrutement des malades (RSP) consultant essentiellement pour exploration hormonale(19).
- Nous avons constaté que le taux moyen de fibroscopie bronchique (6.3%) et de myélogramme (taux moyen=8.3%) est en augmentation du fait qu'il existe une structure medico-technique pour ces gestes (une salle équipée de matériel, la disponibilité d'un expert et réanimateur-anesthésiste).
- la ponction représente un taux moyen de 5.6% de toutes les prestations à but diagnostic.

B. LES PRESTATIONS A VISEE THERAPEUTIQUE :

- Les prestations à visée thérapeutique sont principalement dominées par l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse pour des infections urinaires (37.8%) et la transfusion sanguine (32.8%) ; qui sont tous les deux en croisement rapide chaque année.
- Nous pouvons expliquer ces taux élevés par le protocole adopté par le service pour le traitement des infections urinaires chez l'enfant et des affections hématologiques :
 - l'infection urinaire chez l'enfant est traité en ambulatoire par l'administration des antibiotiques voie intraveineux.les patients

bénéficient de la mise en place d'une voie veineuse périphérique dans laquelle les antibiotiques sont injectés lors de chaque admission durant la période de traitement (durée moyenne pour le traitement intraveineux est de 3 jours puis relais par voie orale).

Une étude menée sur le traitement intraveineux journalier des infections urinaires chez les enfants fébriles a conclu que $\frac{3}{4}$ de ces enfants peuvent être prise en charge à l'HDJ et que cette méthode est sûre, faisable et semble très satisfaisante pour les parents(20)

- la transfusion sanguine ne nécessite que quelques heures sous surveillance stricte. Ce qui la rend un geste de l'HDJ.

Durant notre étude, l'injection médicamenteuse représente 42.4% et la perfusion médicamenteuse représente 24.8%. Nous avons constaté que le taux annuel est en croissance. La prise en charge ambulatoire des affections impliquées dans ce traitement paraît efficace et satisfaisante pour le médecin et la famille des enfants.

VIII. SATISFACTION DE SOINS :

Dans une étude menée en Allemagne sur la satisfaction des parents pour les soins en pédiatrie a conclu que l'évaluation de la satisfaction des parents est essentielle pour le succès d'un HDJ en pédiatrie.

Vuori a déclaré en 1987 que 'La satisfaction des patients est un attribut de qualité en soi: sans la satisfaction des patients il n'existe pas de bons soins'

La satisfaction des parents de soins en pédiatrie est essentielle pour pouvoir fournir une prise en charge de qualité. les raisons pour ceci est que (21):

1. la satisfaction des parents indique un soin de qualité.

2. les parents doivent s'impliquer dans un régime thérapeutique pour pouvoir atteindre le meilleur traitement médical dans la mesure possible.
3. les parents assurent une bonne observance thérapeutique pour l'enfant.
4. la satisfaction parentale exige une information médicale concernant la santé de l'enfant (22).

Les facteurs influençant la satisfaction globale des patients(22) :

- les capacités des médecins d'interagir avec les parents
- une courte période d'attente,
- un personnel sympathique et serviable
- Des locaux attrayants

Nous n'avons pas eu des paramètres pour évaluer la satisfaction des parents dans notre étude.

IX. DESCRIPTION DES ACTIVITES DE L'HDJ :

A. Les prestations à but diagnostic : Voir Annexe

1. Prélèvements sanguins:

- § Numération Formule sanguin(NFS)
- § Ionogramme sanguin
- § Bilan rénal
- § Bilan hépatique, bilan de cholestase
- § Bilan d'hémostase
- § Sérologies : hépatites, VIH, Embryo-fœtopathies, ...
- § Bilan immunologiques
- § Caryotypes

Ces gestes servent à diagnostiquer et à suivre l'évolution des diverses pathologies tels que :-Anémie, thrombopénie, Retard statural, insuffisance rénale, affections neurologiques, troubles d'hémostase,.....

2. Tests de stimulation d'Hormone de croissance (GH) :

Les tests de provocation de la sécrétion de GH est la clé du diagnostic du déficit en GH chez les enfants souffrant d'un retard statural et pondérale. 2 tests sont nécessaires pour pouvoir retenir le diagnostic du déficit de GH. Trois de ces tests sont utilisés au sein de cette unité.

- Test à l'insuline (hypoglycémie provoquée)
- Test à L-DOPA
- Test au Glucagon

3. Myélogramme : Un geste qui consiste à un prélèvement de la moelle par ponction dans la crête iliaque pour rechercher l'origine centrale d'une hémopathie : anémie, thrombopénie, leucémie.

4. Fibroscopie bronchique: un geste à visée diagnostique et/ou thérapeutique pour les enfants ayant une suspicion d'inhalation des corps étrangers(CE) et d'autres causes d'affections respiratoires chroniques : - Tuberculose, bronchectasie,...

§ Elle permet de : -identifier et extraire le CE

-faire des prélèvements/biopsies

5. Ponction lombaire : souvent indiquées chez les enfants ayant des affections neurologiques congénitales ou acquises tels que : la méningite, la leucodystrophie, syndrome de West

6. Autres :

- Test de restriction hydrique (au desmopressine Minirin[®]) : pour le diagnostic du diabète insipide.

- Epreuve de jeûne : pour le diagnostic des hypoglycémies d'origine organique
- Tubage gastrique : technique permettant une aspiration du contenu gastrique à travers une sonde gastrique. Pratiquée le matin à jeun a la recherche de bacille de Koch (B.K).

B. Prestations à visée thérapeutique : Voir annexe

1. Injection médicamenteuses :

- Antibiotique : surtout céphalosporines 3eme génération et aminosides pour le traitement intraveineux des infections urinaires chez les nourrissons.
- Anti métabolite (Méthotrexate[®]) : souvent indiqués dans le traitement des maladies systémiques (ex ; sclérodermie, dermatomyosite,..)
- Facteur anti hémophilique recombinant (Kogenate[®]) : traitement anti hémophilique

2. Perfusion médicamenteuses :

- Cyclophosphamide (Endoxan[®]) : indiquée pour le traitement des maladies auto-immunes (ex ; lupus systémiques)
- Méthylprednisolone (solu-medrol[®]) : utilisée pour son effet anti inflammatoires, elle est indiquée dans plusieurs affections inflammatoires et immunitaires (lupus, syndrome néphrotique, arthrites,....)
- immunoglobulines : indiquées comme traitement de substitution dans les déficits immunitaires primitifs et secondaires ainsi que comme traitement immunomodulateur dans certaines affections (maladie de Kawasaki, purpura thrombopénique idiopathique, ...)

- Laronidase (Aldurazyme[®]) : traitement enzymatique substitutif dans le traitement de mucopolysaccharidoses (Maladie de Hurler)

3. Transfusions des produits sanguins :

- culots globulaires(CG) pour traiter l'anémie et toutes les pathologies associées plus particulièrement la drépanocytose, la thalassémie, la microsphérocytose héréditaire. Le volume à transfuser est calculé sachant que 3-4 ml/kg de CG pédiatrique élèvent Hb de 1 g/dl (23)
- culots plaquettaire(CP) pour traiter les Sd hémorragiques associées à une thrombopénie sévère. Le rendement attendu de $0,5 \times 10^2$ plaquettes par 5-7 kg de poids entraîne une augmentation minimale du nombre de plaquettes circulantes de 20 000 par millimètre cube(23).
- plasma frais congelés (PFC) pour traiter les hémorragies par troubles de coagulation ou substituer l'albumine en cas de manque face à une hypoprotidémie. Le PFC est de même nature que celui utilisé chez l'adulte à raison de 10 à 15 ml/kg(23).

4. Autres prestations réalisées peu fréquemment :

- Perfusion de sucrose de fer(Venofer[®]): traitement substitutif de fer chez les malades anémique par carence en fer notamment dans une insuffisance rénale terminale.
- Réhydratation : chez les enfants déshydratés le plus souvent due à une gastroentérite aigue.
- injection de l'Acide zolédronique(Zometa[®])/Pamidronate : indiquée pour le traitement de l'ostéogénèse imparfaite
- Injection de la vitamine k

RECOMMENDATIONS

▼ Dans notre structure, nous avons soulevé les problèmes suivants :

1. les prestations spécialisées exigent un suivi minutieux
2. L'absence de l'équipe médicale sur place du fait de leur coordination avec les autres spécialités (la pneumologie, la radiologie, la biologie, la génétique) voire consultation pédiatrique.
3. les malades admise ou consultantes sans RDV perturbent le programme.

Tous ceux ci aboutir à encombrement et de surcharge de la salle par les malades et leurs accompagnants. la conséquence étant des problèmes de dépassement de l'activité programmée.

4. L'absence de feedback des résultats des prestations aux médecins référents.

▼ Nous recommandons de :

1. Protocoliser d'avantage les prestations à visée diagnostique et thérapeutique avec tous les enseignants du service. les actes et leurs indications doivent être bien établis.
2. Lutter pour la programmation des gestes selon un agenda précis au détriment des consultations anarchiques et abusives.
3. Mettre en valeur les malades provenant des villes lointaines :
 - Le respect de RDV et la ponctualité
 - Confirmer ou annuler RDV au téléphone
4. Améliorer la logistique : une salle de consultation séparée de l'HDJ qui doit être réservé aux gestes.
5. Motiver le personnel de l'HDJ pour une meilleure organisation du travail :
 - Personnel suffisant et affecté en permanence ou une passation appropriée lors de rotation de personnel

- Bien définir le rôle de chaque acteur
 - Encourager l'enregistrement de tout geste réalisé pour une meilleure traçabilité.
6. Améliorer le feedback des résultats des prestations réalisées à la demande des médecins référents.
 7. Mettre en place un system d'évaluation des activités de l'HDJ pour améliorer les soins de cette unité.
 8. Un secrétariat de l'HDJ pour participer à l'organisation des activités. Il interviendra dans la convocation des patients, participation à la planification des soins et bilans des patients, gestion des dossiers, courriers, prise de RDV, rédaction de formulaires administratifs, accueil téléphonique.

Une Fiche a été rédigée pour servir d'un exemplaire d'un registre de l'HDJ pour mieux enregistrer les malades qui seront pris en charge. Voir Annexe

CONCLUSION

L'Hôpital est en train de vivre une transformation radicale, partie intégrante d'une transformation fondamentale de l'ensemble du système de soins(15). Dans ce contexte, le recours à l'hospitalisation de jour connaît depuis quelques années un développement considérable car elle représente une formule idéale pour la prise en charge de nombreux patients dans divers spécialités particulièrement en pédiatrie où l'hospitalisation conventionnelle des enfants est vécue comme un événement dramatique, même dans le cadre où leurs mères restent dans le milieu hospitalier.

L'activité de l'HDJ couvre aussi bien des investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que des soins médicaux à condition que ces activités se réalisent dans moins de 24 heures d'hospitalisation.

L'hospitalisation du jour reste une alternative à l'hospitalisation conventionnelle permettant une prise en charge rapide, facile et satisfaisante pour le malade ainsi que prévenir l'engorgement des services hospitaliers(3).

Notre étude montre que l'HDJ du service de pédiatrie du CHU Hassan II, ayant près de 10% de la capacité litière du service, admet à peu près 50% des malades devant être admise dans le service. La majorité des malades admise se trouvent dans la tranche d'âge 2-6 ans soit 42,2%. Il existe une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,1. 45% de nos malades proviennent des villes lointaines. Ils parcourent des dizaines de kilomètres (un moyen de 173km) pour pouvoir bénéficier des gestes au sein de cette unité. Les prestations de cette unité ont une tendance spécialisée. Ce qui montre que les prestations principales de cette unité sont les transfusions sanguines (32,8%) et les tests de stimulation de GH (27,6%).

Les activités de cette unité contribuent significativement pour diminuer la charge de travail, la capacité litière et apporte des bénéfices socio économiques

dans le milieu hospitalier. L'organisation de cette unité et son équipement sont les objectifs à atteindre pour avoir un soin efficace et de qualité dans l'avenir.

La satisfaction des parents est essentielle car elle reste une indicatrice de la qualité de soins. Nos efforts doivent se diriger pour l'accomplissement de ceci.

RESUME

RESUME

L'Hôpital du jour peut se définir comme une unité de soins qui permet l'hospitalisation journalière des malades afin d'assurer un acte médical à visée diagnostique ou un traitement nécessaire pour le bien être du malade. Cette unité permet non seulement une hospitalisation alternative qui est rapide, facile et satisfaisante, mais aussi la prévention de l'engorgement des services hospitaliers.

Cette conception d'hospitalisation devient de plus en plus indispensable dans plusieurs services notamment en pédiatrie où l'enfant représente la tranche d'âge la plus importante et la plus exposée à des maladies diverses nécessitant une prise en charge optimale et satisfaisante(4,5).

Nous avons réalisé une étude rétrospective à l'hôpital du jour du service de pédiatrie du CHU HASSAN II de FES durant une période de 4 ans allant du janvier 2009(date de démarrage du service) au décembre 2012.Nos objectifs étaient de décrire et d'évaluer les activités de l'hôpital du jour de ce service afin de la bien définir et la structurer pour les valoriser, lui permettant d'occuper une place définie dans les activités de ce service.

Durant la période de notre étude, 1841 enfants ayant un âge variant entre 2 mois et 16 ans (pic entre 2 à 6ans) étaient admise à l'hôpital du jour par rapport à 3926 enfants hospitalisés dans le service représentant 46.9%. Le sexe ratio était de 1,1 avec une prédominance masculine. Nos patients proviennent de la région de Fès-Boulemane et les régions avoisinantes avec 45% de ces patients provenant des villes lointaines nécessitant des dizaines de kilomètres de parcours.

Les malades admises à l'hôpital du jour bénéficient des prestations médicales à but diagnostic et/ou thérapeutique.les principales prestations réalisées sont les transfusions sanguines et les tests de stimulation de GH.

L'étude montre que les admissions à l'HDJ continue à accroître et correspond presque à 50% de celle du service. Ceci permettra de diminuer la charge de travail et la capacité litière du service en rapportant un bénéfice socio-économique, ainsi la nécessité d'une meilleure organisation de cette unité.

ABSTRACT

Day hospital can be defined as a care unit that allows the daily hospitalization of patients in order to provide a medical procedure for diagnosis or treatment necessary for the well being of the patient. This unit does not only provide an alternative form of hospitalization that is fast, easy and satisfying for the patient but prevents congestion of patients in hospitals.

This concept of hospitalization is increasingly becoming essential in several departments including pediatrics where the child represents the most important age interval exposed to various diseases requiring optimal and satisfactory medical care.

We conducted a retrospective study at the day hospital of the pediatric department in the University Teaching Hospital Hassan II of Fez during a period of four years from January 2009(the date of commencement of the department) to December 2012.Our objectives were to describe and evaluate the activities of the day hospital of this department in order to define and structure this unit, allowing it to occupy a well defined place in the activities of the department.

During the period of our study, 1841 children with ages ranging from 2 months to 16 years (peak between 2 to 6 years) were admitted to the day hospital as compared to 3926 children hospitalized in the department, thus representing 46.9%. The sex ratio was 1.1 with a male predominance. Our patients came from Fez-Boulemane region and its surroundings with 45% of these patients come from far away towns, traveling numerous kilometers in order to reach their destinations.

Patients admitted to the day hospital receive medical care which aims at diagnosing and / or treating these patients. The main activities of this unit are blood transfusions and GH stimulation tests

This study shows that admissions at the day Hospital is continuously increasing and represents almost 50% of that of the department . This will reduce the workload and the bed capacity of the department as well as yielding socio-economic returns.

Thus, the need for a better organization of this unit.

ملخص

يمكن تعريف مستشفى النهار كوحدة للرعاية، تسمح الاستشفاء اليومي للمرضى من أجل توفير التشخيص الطبي أو العلاج الضروري لضمان رفايتهم. وتقدم هذه الوحدة أحد المستشفيات البديلة التي هي سريعة وسهلة ومرضية للمريض وتمنع كذلك انسداد خدمات المستشفيات.

أصبح تصميم هذا النوع من المستشفيات أمرا ضروريا وبشكل متزايد في العديد من الأقسام بما في ذلك طب الأطفال حيث يشكل الأطفال نسبة كبيرة من سكان البلاد والتي تواجه العديد من الأمراض تستوجب الرعاية الطبية اللازمة والقوى.

وفي هذا الإطار، أجرينا دراسة عامة بالمستشفى خلال فترة النهار بقسم طب الأطفال في المستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس لمدة أربع سنوات تمتد من يناير 2009 إلى دجنبر 2012، والهدف كان وصف وتقييم أنشطة المستشفى خلال النهار وذلك من أجل تحديدها وهيكلتها و اخيرا تقييمها، حتى تتمكن من احتلال مكان محدد في أنشطة القسم.

خلال فترة دراستنا، تم قبول 1841 مع أطفال تتراوح أعمارهم من 2 شهر إلى 16 سنة (الذروة بين 2 إلى 6 سنوات) بالمستشفى خلال النهار بالمقارنة مع أكثر من 3926 من الأطفال المقيمين في القسمة أي بنسبة 46.9 % . وبلغت نسبة الجنس 1.2 مع غلبة الذكور . المرضى يأتو من المنطقة فاس بولمان ومن المناطق المحيطة بها مع 55 % من هؤلاء المرضى يعيشون بمدينة فاس.

يستفيد المرضى المقبولين في فترة النهار من خدمات طبية ذات بعد تشخيصي وعلاجي. فالخدمات ذات البعد تشخيصي يتم في الغالب إختبار الدم بنسبة 52.2%، أما البعد العلاجي، فغالبا ما يكون عبارة عن إدارة الأدوية عن طريق الوريد المخدرات حيث تبلغ النسبة 67.2%.

وتبين الدراسة أن القبول بالمستشفى خلال فترة النهار في تزايد مستمر، تمثل تقريبا 50 % داخل القسم. وهذا سوف يقلل من عبء العمل والقدرة السريرية للقسم وذلك بجلب منافع ذات الصلة الاجتماعية والاقتصادية، مما يستلزم تنظيما أفضل لهذه الوحدة.

BIBLIOGRAPHIES

1 .Niane F.Z 'hôpital de jour en hémato-oncologie pédiatrie

Thèse de médecine de Rabat No 79 année 1991

2. Fédération canadienne des services de garde à l'enfance n °1 : Lorsqu'un enfant est hospitalisé

3. Hôpital de jour : définition et concepts

GH. Iraqi : Professeur de Pneumo-phtisiologie, année 2000

4 Article 24 de la Convention des Droits de l'Enfant (CDE) des Nations Unies, 1993

5. Politique De Santé De L'enfant Au Maroc : Royaume Du Maroc, Ministère De La Sante, Direction De La Population, 2005

6. Hospitalisation de jour En Médecine physique et de réadaptation

Groupe de travail Rhône-Alpes Et Fedmer

7. Lyonnell Rossant <<l'hospitalisation des enfants>>collection que sais je ? Presse universitaire de France. Paris

8. G. Bleanou, M. Despinoy « hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté » Payot, paris – 1974

9. Hôpitaux de Jour Accueils de Jour. Durand-Gasselín Capacité de Gériatrie Janvier 2009/23.

10. El Ourdini Abdellah <<Etude critique de la structure HDJ psychiatrique pour adultes. Bilan de deux années de fonctionnement et essai de conceptualisation>>
Thèse de médecine faculté de Rabat 1987 n° : 312

11. Hospitalisation de jour En Médecine physique et de réadaptation
Groupe de travail Rhône-Alpes Et Fedmer

12. T. Cherki <<organisation de l'hôpital de jour>> Chu Ibn Sina. Rabat, année
2000

13. Niane F.Z 'hôpital de jour en hémato-oncologie pédiatrie'
Thèse de médecine de Rabat No 79/1991

14. Defachelle Christian : l'organisation des soins en hospitalisation de jour : quelles
contraintes pour quels enjeux ? Mémoire de l'école nationale de la santé publique-
1999

15. L'hospitalisation de jour : une alternative à l'hospitalisation traditionnelle
Omar Cherkaoui : Professeur de Chirurgie Thoracique, Directeur du CHU de Rabat-
Salé, année 2000

16..A. chakib,M. sodqui ,R. bensghir , H. himmich: Expérience de l'hôpital de jour
du service des maladies infectieuses du chu Ibn Rochd , Casablanca -Maroc

17. S.Nadir et al: Hôpital de jour en hépato-gastro-entérologie, service d'hépato-
gastro-entérologie. Chu Ibn rochd – Casablanca

18. Letts et al: Analysis of the efficacy of pediatric day surgery

19. Mme. Yassine Imane : Le déficit en hormone de croissance chez l'enfant (à propos de 32 cas) Thèse de médecine de Fès n° 003/12

20. Gauthier M et al: Treatment of urinary tract infections among febrile young children with daily intravenous antibiotic therapy at a day treatment center.

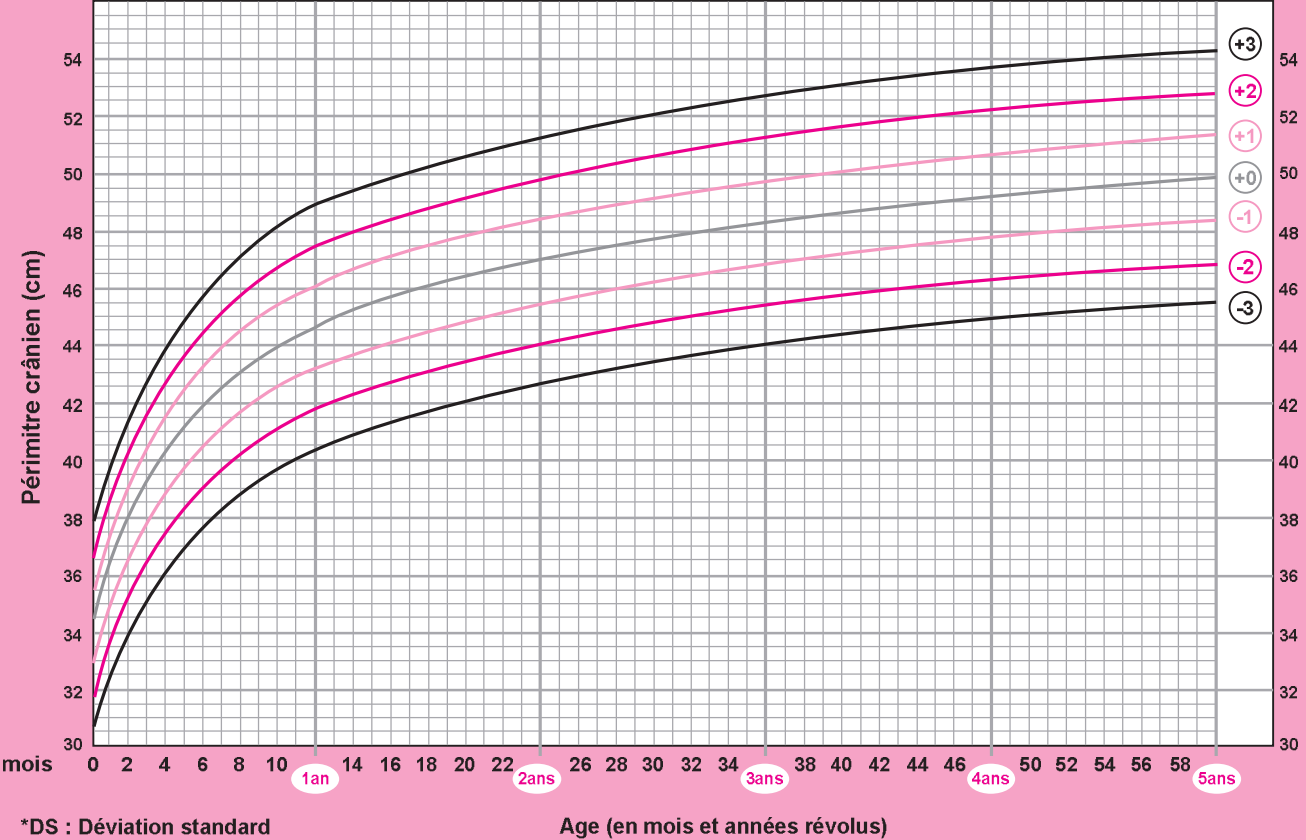
21. Vuori H: Patient satisfaction-an attribute or indicator of the quality of care?
Qual Rev Bull 1987, 13:106-108.

22. Anne Weissenstein et al: Parent satisfaction with a pediatric practice in Germany:
A questionnaire-based study

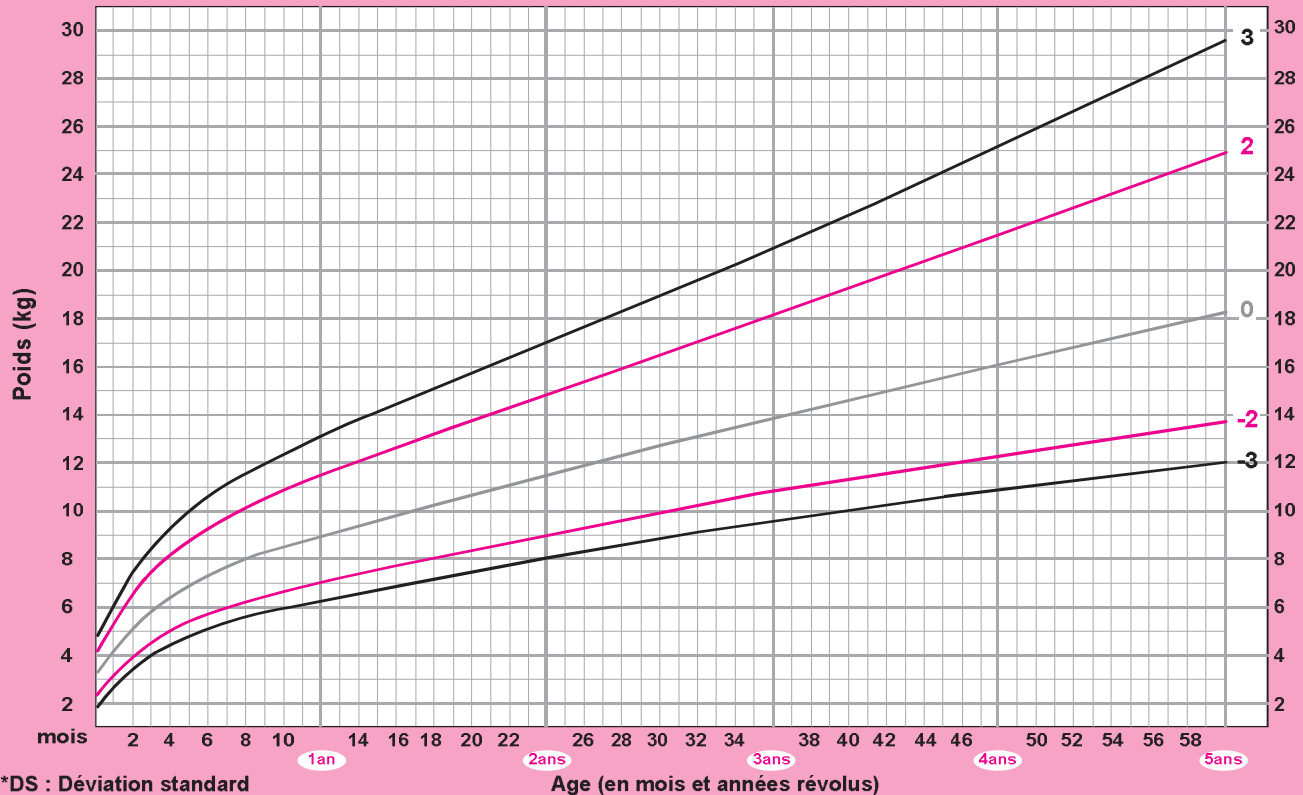
23. Transfusion Clinique et Biologique 15 (2008) 236-239
I.R. Galperine : La transfusion sanguine en pédiatrie

ANNEXES

Courbe Périmètre Crânien / âge pour fille de la naissance à 5 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)

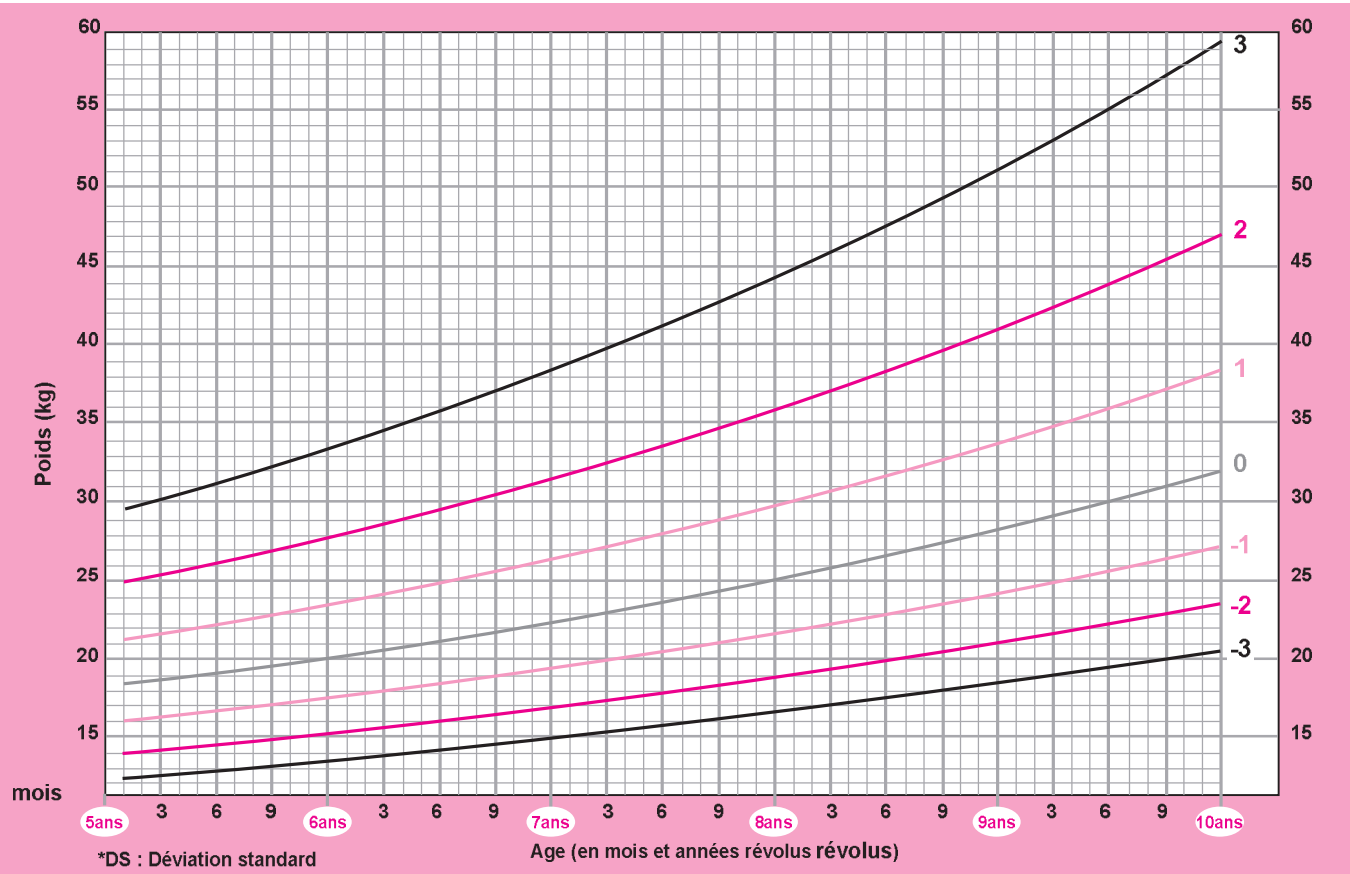


Courbe poids / âge pour filles de la naissance à 5 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)

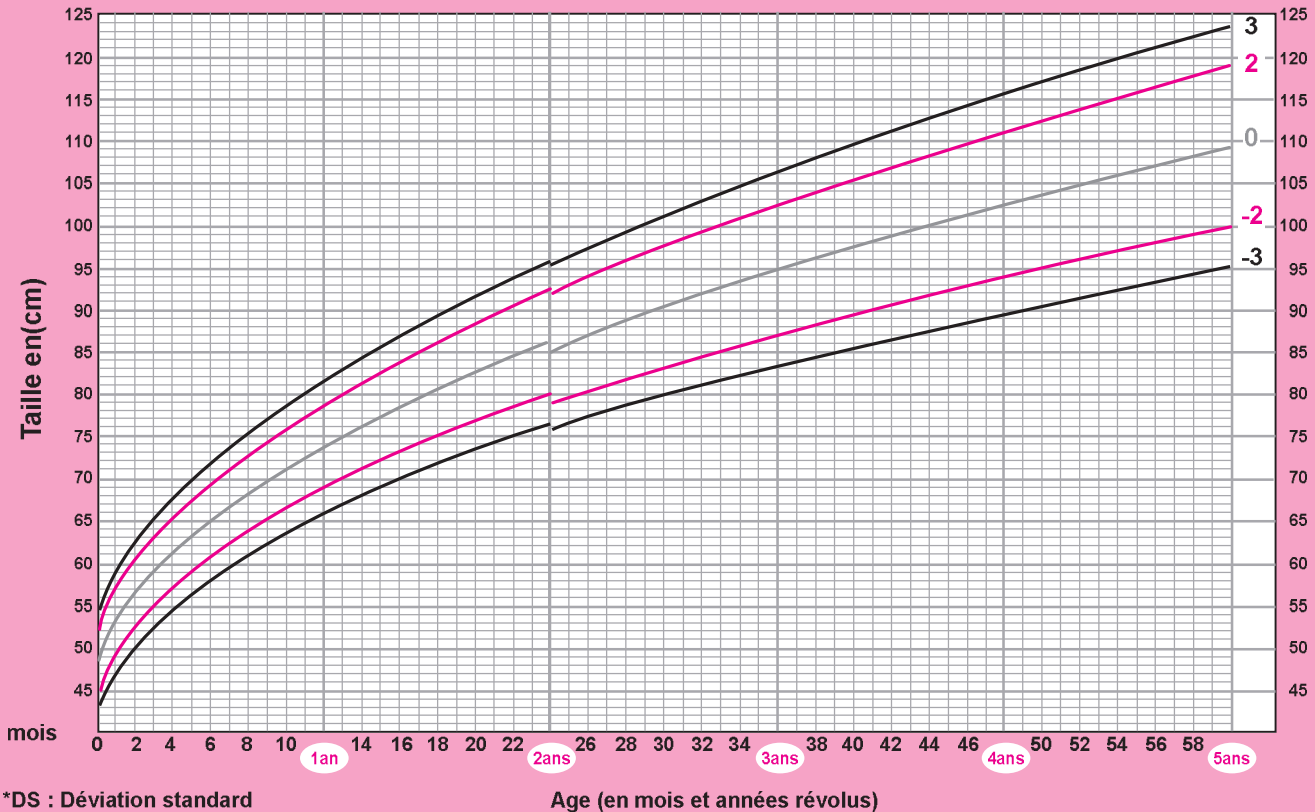


*DS : Déviation standard

Courbe poids / âge pour fille de 5 à 10 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)

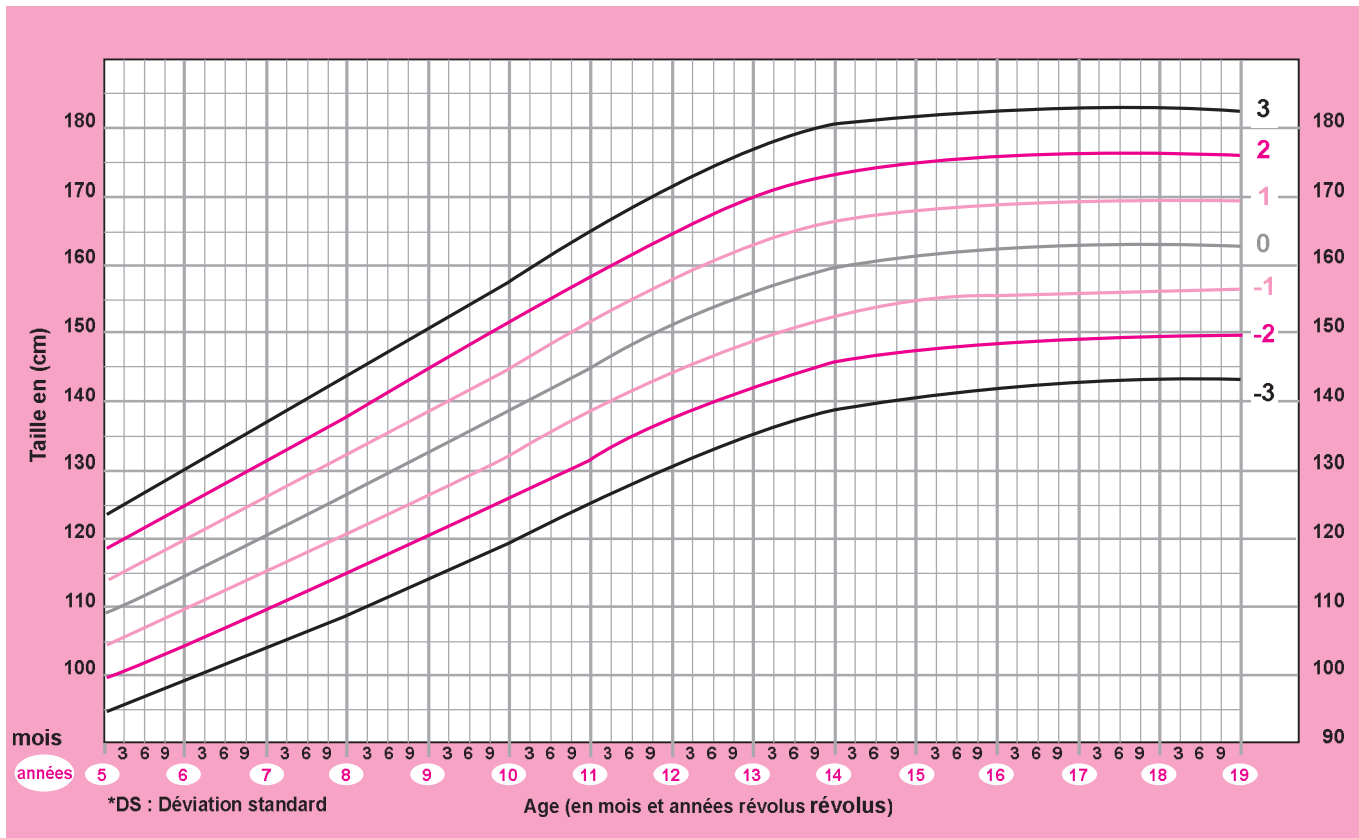


Courbe taille / âge pour fille de la naissance à 5 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)

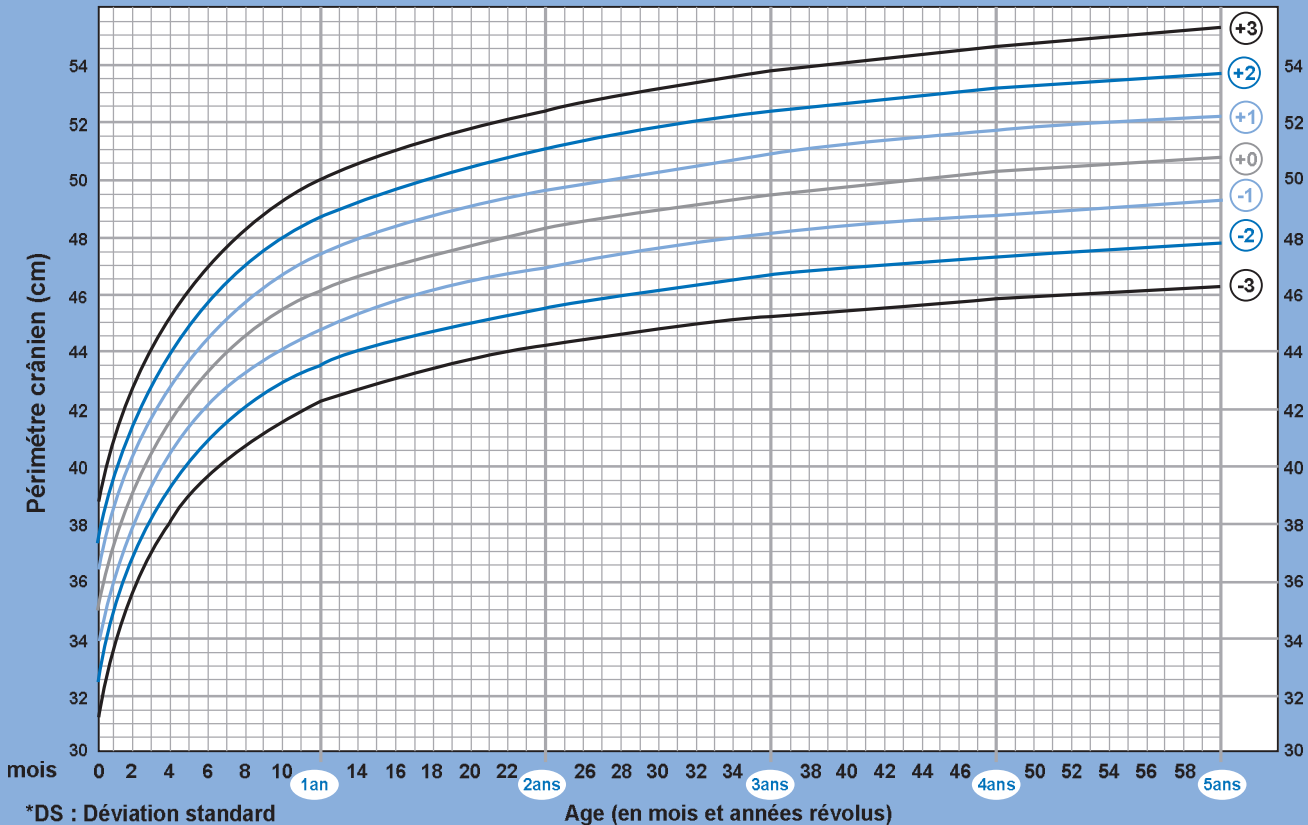


*DS : Déviation standard

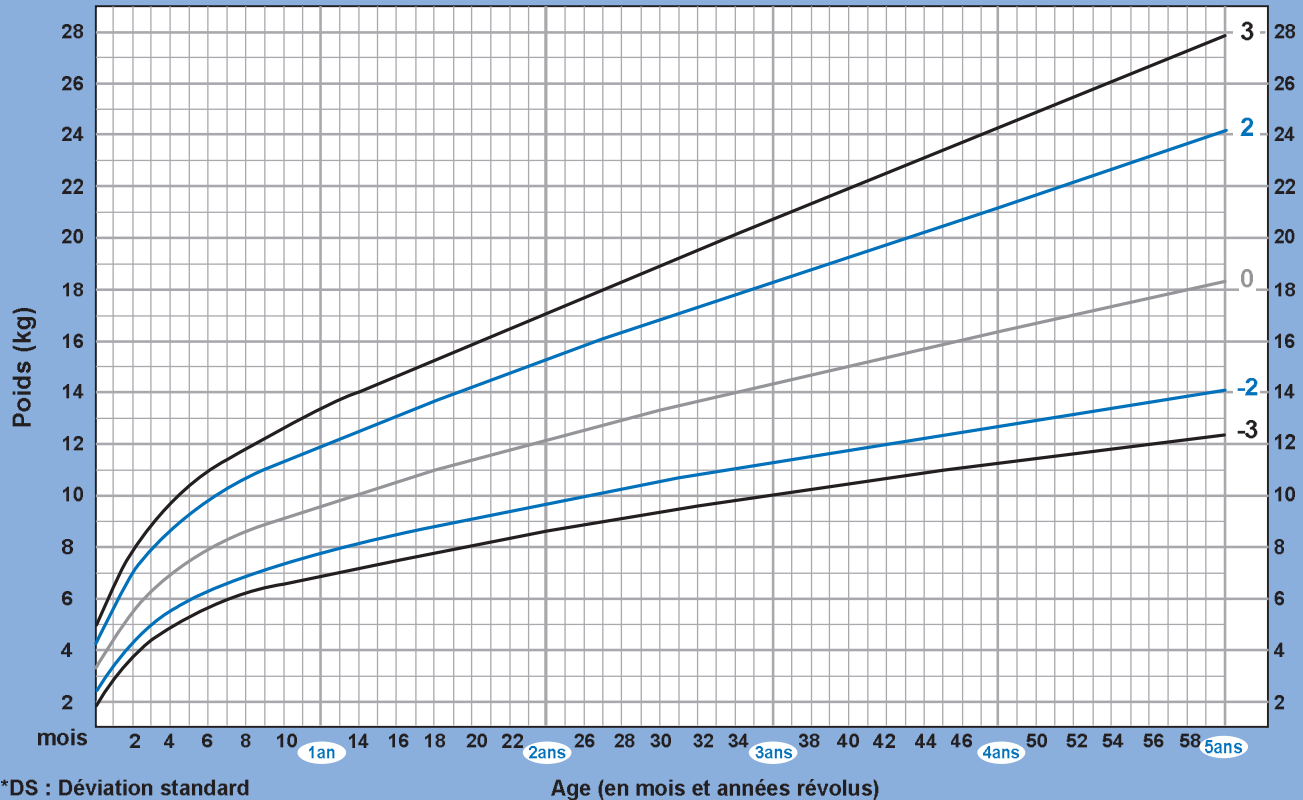
Courbe taille / âge pour fille de 5 à 19 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)



Courbe Périmètre Crânien / âge pour garçon de la naissance à 5 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)

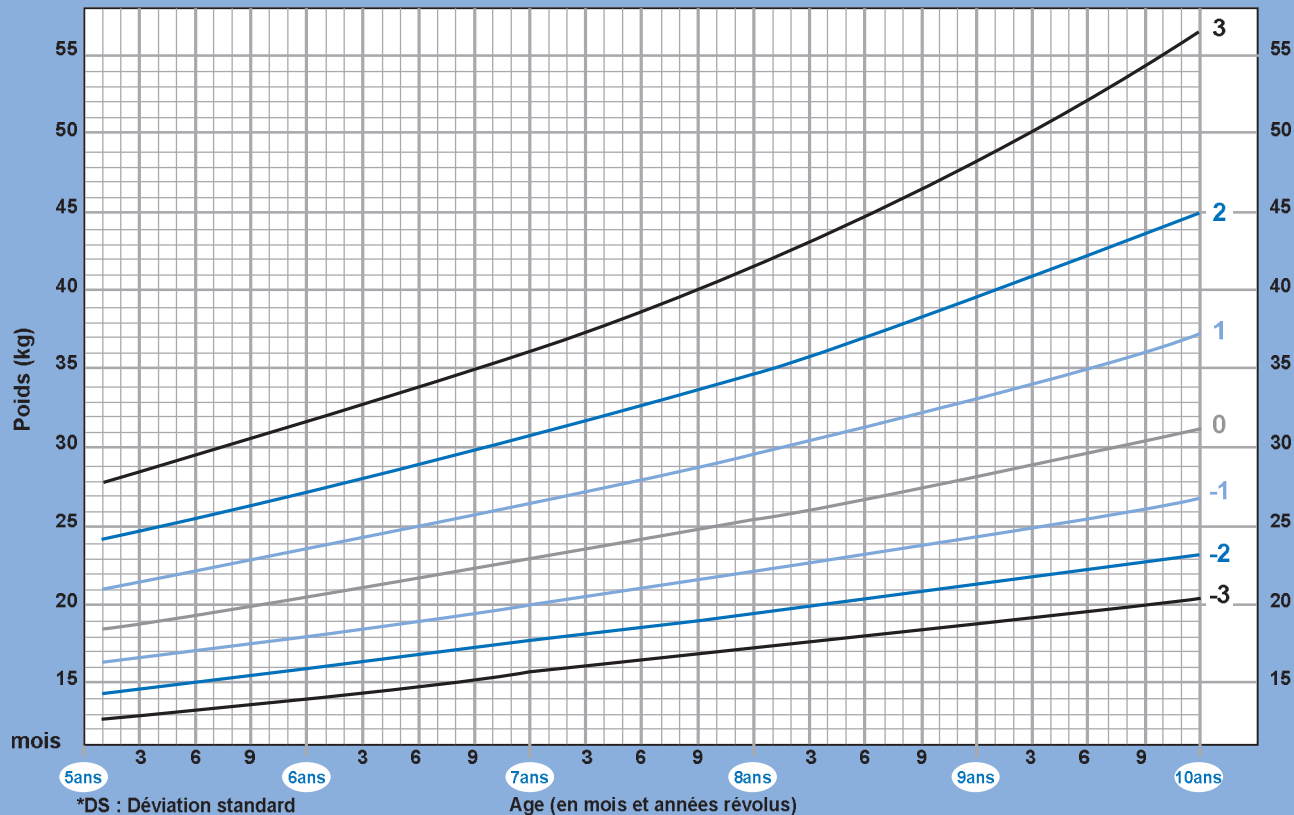


Courbe poids / âge pour garçon de la naissance à 5 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)

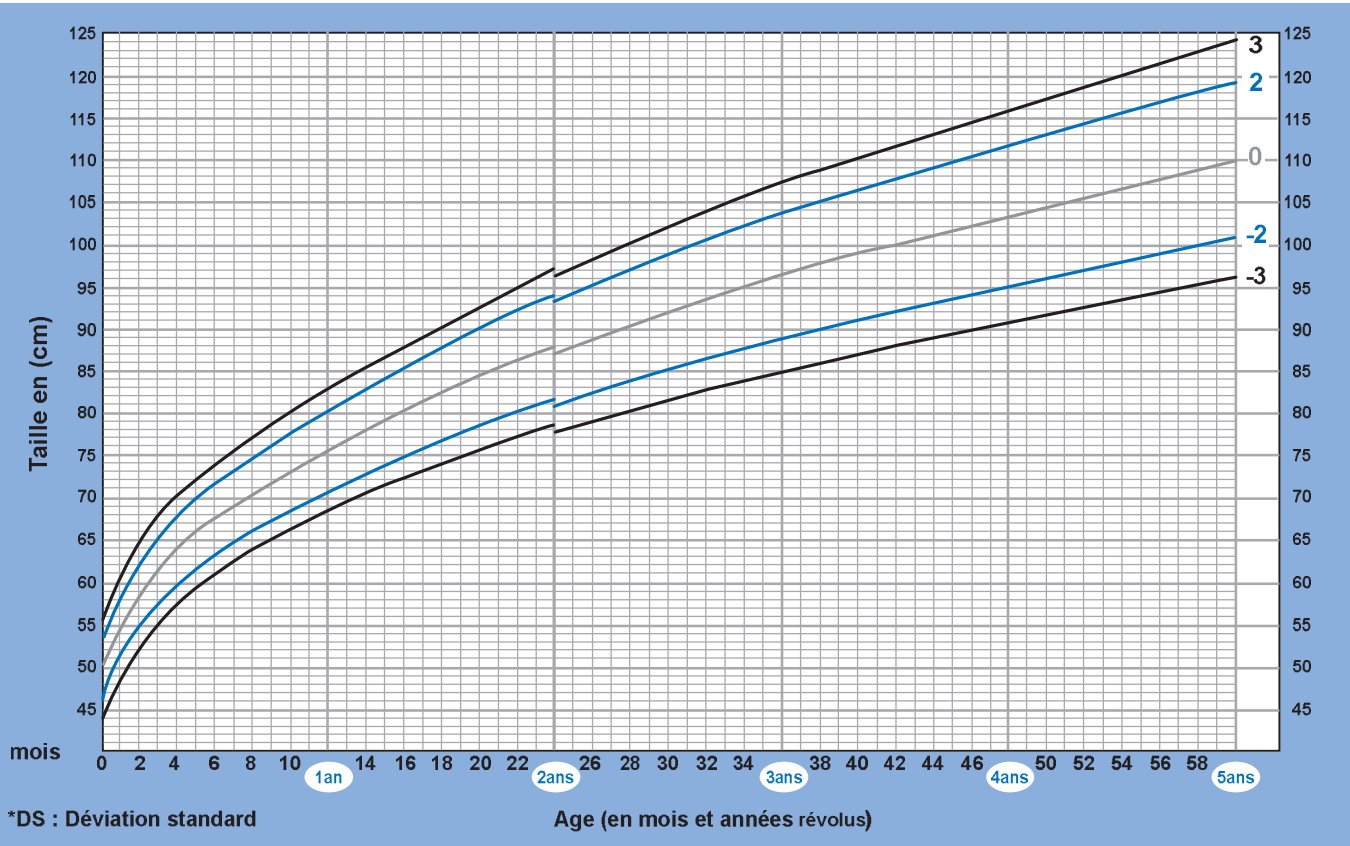


*DS : Déviation standard

Courbe poids / âge pour garçon de 5 à 10 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)



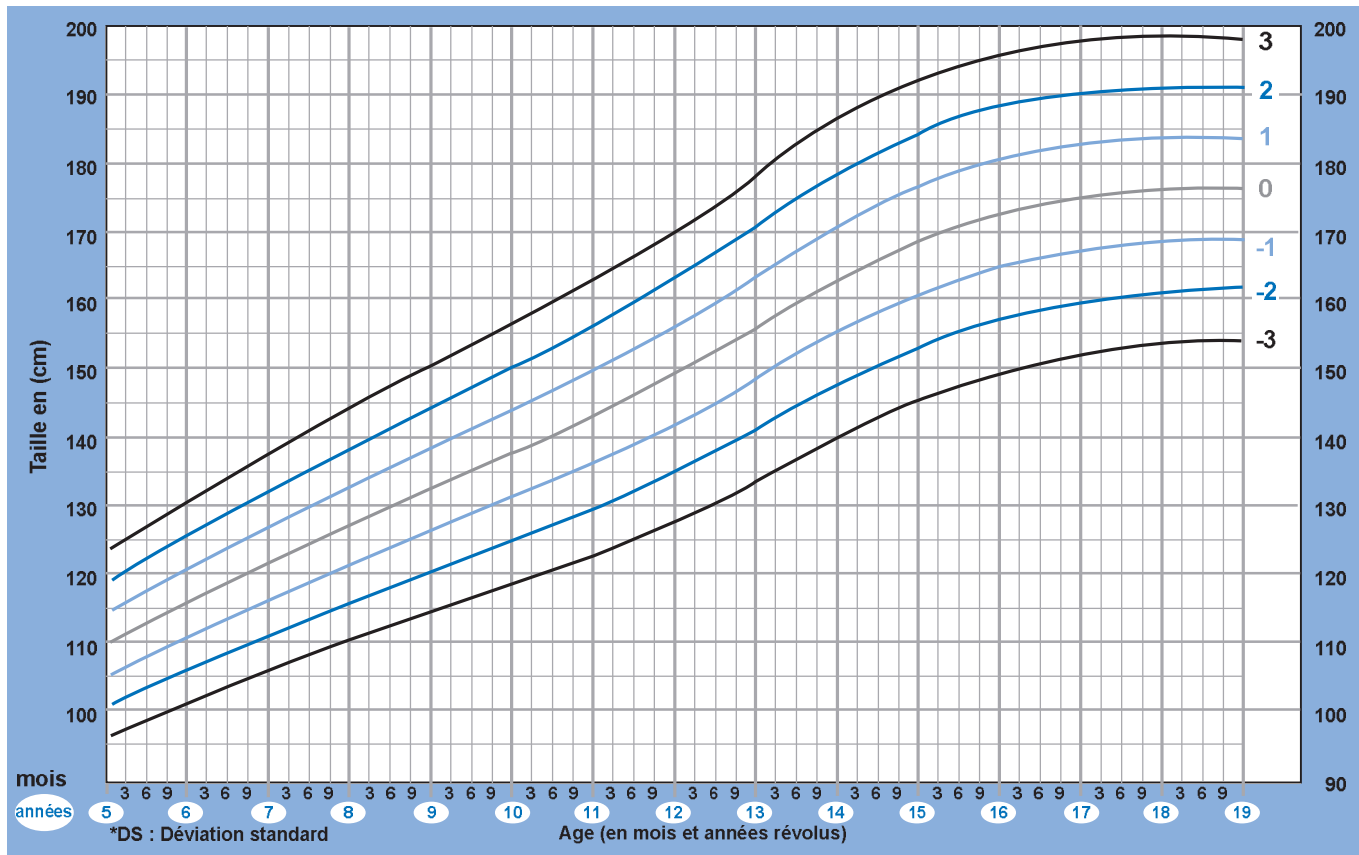
Courbe taille / âge pour garçon de la naissance à 5 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)



*DS : Déviation standard

Âge (en mois et années révolus)

Courbe Taille / âge pour garçon de 5 à 19 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)



RETARD DE CROISSANCE STATURALE

Date de consultation :

Identité :

Nom et Prénom : IP :
 Date de naissance : Mutualiste : non oui
 Sexe : masculin féminin RAMEE CNOP CNSS FAR

Antécédents Personnels :

- Grossesse :
Suivie : Incident (Lequel :)
- Accouchement :
Voie : Incident (Lequel :)
- Terme à la naissance :
Poids : Kg Taille : cm PC : cm
- Développement psychomoteur et scolarité :
Normal Anormal
- Hypoglycémie
- Contexte psychoaffectif :

Antécédents Familiaux :

- consanguinité :
 - Cas similaires :
 - Taille père (TP) : Taille mère (TM) :
 - Taille cible* :
 - Age de puberté mère :
 - Age de puberté père :
 - Taille des frères :
 - Age de puberté des frères :
 - Pathologie familiale connue :
- * Fille = $(TP-13+TM)/2 \pm 8.5$
 * Garçon = $(TM+13+TP)/2 \pm 8.5$

Signes cliniques :

- Asthénie Pâleur
- Anorexie Boulimie
- Douleurs abdominales Distension abdominale
- Constipation Diarrhée
- Céphalées polyuro-polydipsie
- Troubles visuels

L'examen clinique :

- Poids : (DS); Taille: (DS)
- BMI : Kg/m²
- Vitesse de croissance (cm/an) :
- SI : Envergure :
- Courbe de croissance :
Fléchissement : récent ancien
Stagnation
Toujours petit

- Extrémités courtes Faciès poupin Front bombant
- Obésité facio-tronculaire Micro pénis Anomalie de la ligne médiane :
- Ptérygium Coli Cubitus Valgus Ecartement mamelonnaire Thorax bombé
- Implantation basse des cheveux Lymphoedème des extrémités Anomalie métacarpien
- Examen cardio vasculaire :
- Examen pleuropulmonaire :
- Examen neurologique :
- Examen abdominal :
- Stade pubertaire :
A P G (Taille verge : taille testicule Dt : taille testicule Ghe :)
A P M
- Autre dysmorphie :

L'examen para clinique :

- NFS: Hb:g/dl VGM: μ^3 CCMH:% GB:.....elt/mm³ Plaq: elt/mm³
- Iono Sg: Na :.....mEq/l K : mEq/l Calcémie:mg/l Phosphorémie:mg /l
- Urée:g/l Créatinine:mg/l VS:mm 1^{ère} H..... mm 2^{ème} H
- Bandelette Urinaire:
- Ferritinémie:TSH us : T4 :
- Ac anti-transglutaminase:Ac anti-gliadine:Ac anti-endomysium:
- IGF1 :(N :à))
- Age osseux : (Age chronologique :))
- Caryotype :
- Hormones sexuelles : Œstradiol : Testostérone :FSH :LH:.....
- IRM hypothalamo-hypophysaire :

Tests de stimulation GH :

- insuline : (..../..../2012)

- L dopa : (22.... /06/ 2012)

	GLY CAP	GLY VEIN	GH	CORTI- SOL	ACTH		GLY CAP	GLY VEIN	GH	CORTI- SOL	ACTH
-15						-15					
0						0		0.78	2.441	10.5	
15						30		0.81	0.704	6.6	
30						60		0.70	0.519	802	
45						90		0.81	1.005	6.3	
60						120			2.524	6.3	
90											

Diagnostic retenu :

.....

.....

Attitude thérapeutique

.....

.....

.....

.....

BOLUS DE METHYLPREDNISOLONE

Nom du patient : _____ Age : _____ IP : _____
 Poids : _____ SC : _____
 Prescripteur : _____
 Infirmier : _____
 Diagnostic : _____

 (1 ^{er} bolus) (2 ^{ème} bolus) (3 ^{ème} bolus)
Posologie..... Soit :.....mg A diluer dans 100 ml du sérum glucosé 5% Perfusion de 3 heures Soitgouttes/min			

Surveillance

	1 ^{er} bolus				2 ^{ème} bolus.....				3 ^{ème} bolus.....			
	TA	FC	FR	0°	TA	FC	FR	0°	TA	FC	FR	0°
Avant la perfusion												
15 min												
30min												
45min												
60min												
90min												
120min												
150min												
180min												

Effets secondaires :

- Fièvre
- Rash
- Hypertension
- hypotension artérielle
- troubles de vision
- tachycardie
- sensation d'un gout métallique
- hypersudation.

FICHE DE PERFUSION DE TEGELINE

Nom du patient :

IP:

Poids :

Diagnostic :

Prescripteur :

Infirmier :

Date :

Posologie :

Quantité totale :

Mode d'administration

(1ml = 50mg)

	Durée	Quantité	Débit	Horaires
T1	30 min	0,5 ml /kg soit.....mlml/h	
T2	1 heure	1ml/kg soit.....mlml/h	
T3	1 heure	2ml/kg soit.....mlml/h	
T4	1 heure	3ml/kg soit.....mlml/h	
T5		4ml/kg soit.....mlml/h	

Incidents

- Fièvre
- Frissons
- Rash cutané
- Hématurie
- Tachycardie
- Signes de collapsus



FICHE DE TRANSFUSION

Nom du patient :

Age :

IP :

Poids :

SC :

Prescripteur :

Infirmier :

Date :

Produit à transfuser :

Qualité :

- Phénotypé :
- Filtré (déleucocyté) :
- Compatible :
- Test de Coombs :
- RAI :

Quantité :

Durée de transfusion :

Débit :

Hémi-succinate d'hydrocortisone :

Lasilix :

Incidents :

- Fièvre
- Frissons
- Rash cutané
- Hématurie
- Tachycardie
- Signes de collapsus

OSTEOGENESE IMPARFAITE

PROTOCOLE PAMIDRONATE/ACIDE SOLEDRONIQUE

BILAN PRETHERAPEUTIQUE

Evaluation clinique

Fractures depuis la dernière perfusion ?

Douleurs osseuses ?

Poids, taille, examen ostéo articulaire.

Evaluation biologique :

Sang : calcémie, phosphorémie, phosphatases alcalines, créatinine, NFS (leucocytes)

Urines : calciurie, créatininurie

Radiographies

Rachis dorsolombaire face et profil, membres supérieurs et membres inférieurs sans les mains et pieds, âge osseux.

Ostéodensitometrie

POSOLOGIES :

I.PAMIDRONATE :

(Dose maximale : 60mg/j)

Age	Posologie	Rythme de perfusions
< 2 ans	0,5 mg/kg/j 3 jours	/ 2 mois
2-3 ans	0,75 mg/kg/j 3 jours	/3mois
>3 ans	1 mg/kg/j 3 jours	/4 mois

Préparation et dilution :

Pamidronate (mg)	A diluer avec du SS 9 % (ml)	MI/h
0.0 – 5.0	50	15
5.1 – 10	100	30
10.1 – 15.0	150	45
15.1 – 25.0	250	75
25.1 – 50.0	500	150
50.1 – 60.0	600	180

La concentration max de la préparation est de 0.1 mg/ml.

Le produit préparé doit être mis à l'abri de la lumière.

A la fin de la perfusion, il faut rincer la veine avec 10 à 20 ml du SS 9%.

Avant la perfusion, il est souhaitable d'administrer du paracétamol à 15 mg/kg (la fièvre peut s'observer avec ce produit).



I.ACIDE ZOLEDRONIQUE :

0,025mg/kg:(dose)

Dose à diluer dans 50ml de SS 9‰

A passer en 30 minutes

N.B : la préparation se fait à la pharmacie de l'hôpital

RETARD DE CROISSANCE STATURALE

Date de consultation :

Identité :

Nom et Prénom : IP :
.....

Date de naissance : Mutualiste : non
oui

Sexe : masculin féminin RAMED CNOP CNSS
FAR

Antécédents Personnels :

- Grossesse :
Suivie : Incident (Lequel :)
- Accouchement :
Voie : Incident (Lequel :)
- Terme à la naissance :
Poids : Kg Taille : cm PC : cm
- Développement psychomoteur et scolarité :
Normal Anormal

Antécédents Familiaux :

- consanguinité :
 - Cas similaires :
 - Taille père (TP) : Taille mère (TM) :
 - Taille cible* :
 - Age de puberté mère :
 - Age de puberté père :
 - Taille des frères :
 - Age de puberté des frères :
 - Pathologie familiale connue :
- * Fille = $(TP-13+TM)/2 \pm 8.5$
* Garçon = $(TM+13+TP)/2 \pm 8.5$

Signes cliniques :

- Asthénie Pâleur
- Anorexie Boulimie
- Douleurs abdominales Distension abdominale
- Constipation Diarrhée
- Céphalées polyuro-polydipsie

L'examen clinique :

- Poids : (DS); Taille: (DS)
- BMI : Kg/m²
- Vitesse de croissance (cm/an) :
- SI : Envergure :
- Courbe de croissance :
Fléchissement : récent ancien
- Stagnation

Tests de stimulation GH :

- Insuline : (..../..../2012)
(.... / / 2012)

- L dopa ou glucagon :

	GLY CAP	GLY VEIN	GH	CORTI- SOL	ACTH		GLY CAP	GLY VEIN	GH	CORTI- SOL	ACTH
0						0					
15						15					
30						30					
45						60					
60						90					
90						120					
120											

Diagnostic retenu :

.....
.....
.....

Attitude thérapeutique

.....
.....
.....
.....
.....

SYNDROME DE WEST

Hospitalisation de jour

NOM : _____ PRENOM : _____ IP : _____

Age :

Adresse :

Tel :

Date d'hospitalisation :

ATCD

ATCD d'infection neuro méningée, d'AVC, d'hypoxie cérébrale :

Consanguinité :

ATCD familiaux d'épilepsie :

Date de début des crises :

EXAMEN CLINIQUE

Poids : (DS) Taille : (DS) PC : (DS)

Principaux signes neurologiques :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Hb :	Plaquettes :	
VGM :	Leucocytes :	
Urée :	Natrémie :	Calcémie :
Créatinine :	Kaliémie :	PAL :
Transaminases :	Triglycérides :	LCR cytologie :
Cholestérol :	Vitamine B12 :	LCR protéinorachie :
Sérologies VIH, syphilis,	CRP :	
TORCH :		
EEG :		
TDM cérébrale :		
IRM avec spectro :		
Examen ophtalmologique :		