

UNIVERSITE DE LIMOGES  
Faculté de Médecine

ANNEE 1992



106 013222 0

THESE N° 16/1

**L'HOSPITALISATION A DOMICILE  
A BUT NON LUCRATIF :  
L'exemple de Santé Service Limousin**



**THESE**

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*présentée et soutenue publiquement le 5 Mai 1992*

par

**Richard CALLOT**

né le 23 Juillet 1960 à Poitiers (Vienne)

**EXAMINATEURS de la THESE**

Monsieur le Professeur BOUQUIER .....	PRESIDENT
Monsieur le Professeur GAINANT .....	JUGE
Monsieur le Professeur LABROUSSE .....	JUGE
Monsieur le Professeur OLIVIER .....	JUGE
Monsieur DECOUTY, <i>Docteur en Médecine</i> .....	MEMBRE INVITE
Monsieur FAESSEL, <i>Docteur en Médecine, Médecin-Conseil</i> ..	MEMBRE INVITE
Monsieur BOYER, <i>Président de Santé Service Limousin</i> .....	MEMBRE INVITE

Ex: 1

SIP: 384112

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNEE 1992

THESE N°116

**L'HOSPITALISATION A DOMICILE  
A BUT NON LUCRATIF :  
L'exemple de Santé Service Limousin**



**THESE**

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*présentée et soutenue publiquement le 5 Mai 1992*

par

**Richard CALLOT**

né le 23 Juillet 1960 à Poitiers (Vienne)

**EXAMINATEURS de la THESE**

Monsieur le Professeur BOUQUIER .....	PRESIDENT
Monsieur le Professeur GAINANT .....	JUGE
Monsieur le Professeur LABROUSSE .....	JUGE
Monsieur le Professeur OLIVIER .....	JUGE
Monsieur DECOUTY, <i>Docteur en Médecine</i> .....	MEMBRE INVITE
Monsieur FAESSEL, <i>Docteur en Médecine, Médecin-Conseil</i> ..	MEMBRE INVITE
Monsieur BOYER, <i>Président de Santé Service Limousin</i> .....	MEMBRE INVITE

## UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

\*\*\*\*\*

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESSEURS : Monsieur le Professeur PIVA  
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT :PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CANTANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CURBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie

GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie- Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie- Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES  
ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A Monsieur le Professeur BOUQUIER Jean-José,  
Professeur des Universités de Pédiatrie.  
Médecin des Hôpitaux.  
Chef de Service.

Permettez-nous de vous exprimer nos respectueux remerciements  
pour l'honneur que vous nous faites de présider notre jury de  
thèse.

A Monsieur le Professeur GAINANT Alain,  
Professeur des Universités de Chirurgie Digestive.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter de juger notre travail.

Veillez croire en notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur LABROUSSE Claude,  
Professeur des Universités de Rééducation Fonctionnelle.  
Médecin des Hôpitaux.  
Chef de Service.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous exprimons ici nos sincères remerciements.



A Monsieur le Professeur OLIVIER Jean-Pierre,  
Professeur des Universités de Cancérologie-Radiothérapie.  
Electrocardiologiste des Hôpitaux.  
Chef de Service.

Permettez-nous de vous exprimer notre profonde reconnaissance  
pour avoir accepté de juger notre travail.

A Monsieur le Docteur FAESSEL Gilbert,  
Docteur en Médecine.  
Médecin Conseil Chef de l'Echelon Local du Service Médical de  
Limoges.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter notre  
invitation.

A Monsieur le Docteur DECOUTY Jean,  
Docteur en Médecine.

Vous nous avez reçu avec une grande gentillesse pour superviser  
notre travail.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond  
respect.

A Monsieur BOYER ALain,  
Masseur-Kinésithérapeute.  
Président de Santé Service Limousin.

Permettez-nous de vous présenter nos remerciements pour vos précieux conseils et pour le temps que vous avez consacré à ce travail.

Veillez croire en notre respectueuse reconnaissance.

A Madame CONIA Réjane,  
Surveillante de Santé Service Limousin.

Veillez trouver ici notre gratitude pour votre gentillesse et votre grande disponibilité qui ont permis le bon déroulement de notre travail.

A Mademoiselle GRANDJEAN Ghislaine,  
Recevez ici nos plus grands remerciements pour votre contribution à la réalisation de ce travail.

A Monsieur ROUZIER Jacques.

A toute l'équipe de Santé Service Limousin.

A toute ma famille, je dédie ce travail pour le soutien qu'elle a su m'apporter tout au long de mes études.

A Stéphanie,

Pour sa complicité et ses conseils, avec toute mon affection.

A mes amis,

A Grim.

\* P L A N \*

I - INTRODUCTION -

II - HISTORIQUE -

A - LE HOME-CARE, ANCETRE DE L'H.A.D.

B - LES GRANDES DATES DE L'H.A.D. EN FRANCE

III - FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE -

A - UNE MEME CONCEPTION DANS LA DIVERSITE

B - LA FEDERATION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION A DOMICILE

C - LES CHIFFRES DE L'H.A.D. EN FRANCE POUR L'ANNEE  
1990

IV - ETAT DES LIEUX DE L'H.A.D. EN HAUTE-VIENNE -

A - MISE EN PLACE DE L'H.A.D. A LIMOGES

1°) Motifs de création

- a) Le contexte démographique
- b) L'encombrement de certains services de soins aigus
- c) Insuffisance du nombre de lits de moyen séjour
- d) Manque de structure locale d'H.A.D.

2°) Naissance du service public et du service privé d'H.A.D. à Limoges

3°) Rapports entre les deux services

**B - AUTRES STRUCTURES SANITAIRES FAVORISANT LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES**

- 1°) L'hôpital de jour gériatrique
- 2°) L'hôpital de jour psychogériatrique

**C - LES DIVERS SERVICES CONCOURANT AU SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES**

- 1°) Les services d'aides-ménagères
- 2°) Les services mandataires d'employés de maison
- 3°) Les services de soins à domicile
- 4°) Les services d'auxiliaires de vie
- 5°) Le portage de repas à domicile
- 6°) Les foyers-restaurants
- 7°) L'amélioration de l'habitat
- 8°) Les services mandataires de garde à domicile
- 9°) Les services de dépannage
- 10°) La télé-sécurité
- 11°) Le secteur associatif bénévole

**D - CONCLUSION**

**V - LE SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE DE SANTE  
SERVICE LIMOUSIN -**

**A - LES LOCAUX**

**B - LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE DE SOINS**

**C - FONCTIONNEMENT DU SERVICE D'H.A.D. DE SANTE  
SERVICE LIMOUSIN**

- 1°) Conditions pour bénéficier de l'H.A.D.
- 2°) Les services offerts par Santé Service Limousin



## 3°) Les acteurs de l'H.A.D.

- α) **Le personnel de Santé Service Limousin :  
une équipe**
  - a) L'infirmière surveillante
  - b) L'infirmière coordinatrice
  - c) L'assistante sociale
  - d) L'infirmière au domicile du malade
  - e) L'aide-soignante
  
- β) **Les intervenants de l'H.A.D. n'appartenant  
pas à Santé Service Limousin**
  - a) Le médecin hospitalier, chef de service
  - b) Le médecin spécialiste, chirurgien ou non, de clinique privée
  - c) Le médecin traitant
  - d) Les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale
  - e) Le pharmacien
  - f) L'infirmière libérale
  - g) Autres professions paramédicales libérales
  - h) L'aide-ménagère
  - i) A.L.U.R.A.D. - A.L.A.I.R.
  - j) L'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, et le Comité Directeur
  - k) Le malade
  - l) La famille
  - m) Le dossier médical

Γ) **Composition et organisation de l'équipe**

**D - LE FINANCEMENT DE SANTE SERVICE LIMOUSIN :  
LE PRIX DE JOURNEE**

- 1°) Le prix de journée ou forfait journalier
- 2°) "Contenu" du prix de journée et couverture sociale de l'H.A.D.
- 3°) Approche économique de l'H.A.D.
  - α) Avantages économiques de l'H.A.D.
    - a) Au niveau du budget de la santé
    - b) Au niveau de Santé Service Limousin
  - β) Les aspects négatifs du système de financement de l'H.A.D.
    - a) Exemple de détermination du prix de journée pour l'année 1991
    - b) Les corollaires d'un forfait journalier restreint
    - c) Prix de journée : mauvais indice
  - Γ) Les difficultés de gestion liées à la convention

**VI - BILAN D'ACTIVITE DU SERVICE D'H.A.D. DE SANTE SERVICE  
LIMOUSIN -**

- A - NOMBRE DE MALADES ADMIS**
- B - REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE**
- C - ORIGINE DE L'APPEL**
- D - LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE**
- E - DUREE DE SEJOUR ET TAUX D'OCCUPATION**
- F - MOTIFS DE SORTIE**

**VII - LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE EN H.A.D. -**

**A - ARRETEES PAR LA SECURITE SOCIALE**

- 1°) Concernant l'origine des patients
- 2°) Concernant l'état des patients
- 3°) Concernant les pathologies
- 4°) Concernant le nombre mensuel de malades
- 5°) Concernant le système de budgétisation

**B - PROVENANT DES MEDECINS HOSPITALIERS**

**C - PROVENANT DES MEDECINS TRAITANTS**

**D - PROVENANT DU MALADE, DE LA FAMILLE**

**E - PROVENANT DES CONDITIONS SOCIALES, DU LOGEMENT**

**F - PROVENANT DU SECTEUR GEOGRAPHIQUE**

**VIII - LE POINT DE VUE DES UTILISATEURS -**

**IX - AVENIR DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE -**

**A - LA LEGISLATION**

**B - HOSPITALISATION A DOMICILE ET S.A.M.U. : L'EXEMPLE  
DU DEPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS**

**C - LES NOUVELLES VOIES DE PRISE EN CHARGE**

- 1°) La chimiothérapie en perfusion veineuse  
prolongée
- 2°) H.A.D. et pédiatrie

**X - CONCLUSION -**

**I - INTRODUCTION**

L'hospitalisation à domicile est le résultat de différentes mutations du rôle de l'hôpital au cours des siècles dans notre pays. Véritables établissements de charité, les premiers hôpitaux initialement créés pour recueillir les sujets sans domicile et les indigents se développèrent au rythme de la médecine praticienne.

Le perfectionnement rapide des techniques médicales incita les malades de classes plus privilégiées à solliciter des soins qu'ils ne pouvaient trouver ailleurs et la fonction d'hébergement fut étroitement liée à l'idée de traitement de toutes les affections aiguës.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le manque de lits hospitaliers se fait cruellement ressentir. Parallèlement, l'inflation du prix des traitements et des séjours conduisent les administrations compétentes à réduire des charges de plus en plus lourdes. On envisage alors un retour plus précoce des malades dans leurs foyers, sans pour autant compromettre leurs chances de guérison.

## II - HISTORIQUE

### A - Le HOME CARE, ANCETRE DE L'H.A.D.

Fondé en 1947 aux Etats-Unis par le Pr Bluestone (Hôpital Montefiore de New York), le home care prend en considération le malade dans sa globalité, le privilégiant ainsi à la seule maladie.

Cette nouvelle forme de soins établit une association harmonieuse entre les ressources de la médecine moderne et les contributions affectives, sociales et matérielles que la famille et le domicile sont susceptibles d'apporter aux thérapeutiques prescrites aux patients. Ceux-ci peuvent retourner chez eux, même si leur état nécessite encore des besoins médicaux, sans toutefois mobiliser de façon constante une équipe médicale et du matériel spécialisé. Ce "sevrage" progressif de l'hôpital est un apport psychologique indéniable à la guérison et contribue à une meilleure réinsertion sociale du malade.

De plus, l'éducation sanitaire de l'entourage est facilitée par les conseils et les soins prodigués par les infirmières et les aides-soignantes.

Le système américain ne fait en aucun cas appel à la médecine libérale. Ainsi, la continuité du traitement (prescriptions, surveillance) est assurée sous la seule responsabilité du médecin hospitalier qui se déplace lui-même au domicile du patient.

Le succès de cette expérience a conduit à une extension rapide de ce type de soins aux hôpitaux municipaux de New York puis à tous ceux des Etats-Unis avant de gagner l'Europe.

**B - LES GRANDES DATES DE L'H.A.D. EN FRANCE**

**1951** : Le Pr Siguier (Hôpital Tenon Paris) confronté à un problème de malades en surnombre entreprend une expérience analogue à celle du Pr Bluestone.

**1956** : Le Dr Leclainche, Directeur de l'Assistance Publique de Paris et le Pr Denoix, Directeur de l'Institut Gustave Roussy (Villejuif), sont les initiateurs d'un système d'hospitalisation à domicile géré par une association privée à but non lucratif et destiné plus particulièrement à des malades cancéreux.

La création de "Santé Service Puteaux" inaugure ainsi la naissance du système français qui introduit une innovation par rapport au système américain en choisissant de s'appuyer sur la médecine libérale pour assurer la continuité des traitements des malades.

**1957** : L'Assistance Publique de Paris met en place, à son tour, un service d'H.A.D.

**1961** : La réussite de la formule est entérinée par la signature de la première convention relative à l'H.A.D. entre la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Paris et l'Assistance Publique d'une part et Santé Service Puteaux d'autre part. Les premiers budgets sont mis au point et un prix de journée est établi.

**1968** : Création de services d'H.A.D. en province, à Amiens, Bayonne, Dax, Dijon, Grenoble et Lyon.

**1970 : Officialisation de l'H.A.D.**

Le 31 décembre 1970, l'article 4 de la loi de réforme hospitalière donne une existence légale à l'H.A.D. Cette loi stipule que "les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement

du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant".

Ces lignes publiées au Journal Officiel du 3 janvier 1971 reconnaissent l'H.A.D. dans son principe sans toutefois la mentionner explicitement.

Mais, faute de décret d'application et donc en l'absence de tout statut juridique, plusieurs expériences de soins à domicile se développent dans des conditions disparates.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui s'inquiète de cette situation établit un contrat type pour "rationaliser cette modalité de distribution des soins de façon à ce que le régime d'assurance maladie ne supporte pas de charge inutile à l'occasion d'initiatives plus ou moins bien contrôlées". Ainsi, la circulaire du 29 octobre 1974 qui aura force de loi en la matière, fixe "les conditions médicales de prise en charge de l'H.A.D." et diffuse deux modèles de convention à l'intention des différents partenaires, l'un concernant plus particulièrement les services hospitaliers promoteurs, l'autre les associations type loi de 1901.

Ces conventions précisent notamment :

- . les critères d'admission des malades,
- . les états pathologiques susceptibles d'entraîner une hospitalisation à domicile,
- . les modalités de fonctionnement du service,
- . le prix de journée.

**1979** : La loi de 1979, se rapportant aux équipements sanitaires, modifie celle de 1970 en autorisant le secteur privé à créer des services d'hospitalisation à domicile.

**Le 12 mars 1986** : La circulaire n° 114 du Ministère de la Santé, relative à ce mode de prise en charge des patients des hôpitaux publics, précise : "l'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés

à domicile à des malades dont l'état de santé ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière mais dont les soins doivent être d'une nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle".

La notion d'intensité des soins est donc mise en relief comme critère de distinction de l'H.A.D. des autres formules de soins à domicile.

En effet, "même des soins comme la dialyse, la nutrition entérale et parentérale, les techniques de chronothérapie par pompe externe, les pompes à insuline implantables, la ventilation artificielle et l'utilisation d'appareils d'oxygénothérapie peuvent être effectués à domicile par le malade ou sa famille dès lors qu'ils ont reçu une formation adaptée et que la maintenance des équipements est assurée". Enfin, cette circulaire étend le champ d'action de l'H.A.D. à toutes les pathologies, hormis la psychiatrie, et autorise l'admission après une simple consultation externe en milieu hospitalier.



<b>III - FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE</b>
---

**A - UNE MEME CONCEPTION DANS LA DIVERSITE**

Mis en oeuvre à la suite d'initiatives personnelles diverses, tant publiques que privées, et ce en l'absence de tout cadre juridique, les organismes d'H.A.D. possèdent chacun leurs propres particularités. On constate ainsi une grande disparité dans de nombreux domaines.

- Les **STRUCTURES** d'H.A.D. se répartissent pour un tiers en statut public et pour deux tiers en statut privé, type loi de 1901.

Les services relevant des établissements hospitaliers publics sont encore peu nombreux (11). Ils sont totalement intégrés à l'ensemble hospitalier dont ils dépendent et bénéficient de son infrastructure. Les services gérés par des associations de type "loi de 1901" sont les plus nombreux (23).

Des conventions d'association passées avec l'hôpital public et l'hôpital privé participant au service public assurent une "délégation de pouvoir" en matière de gestion.

- La **TAILLE** des services varie d'une quinzaine de places (Toulouse, St-Nazaire) à 160 places (H.A.D. de Bagnolet) et 230 places (Soins et Santé à Lyon) pour atteindre 1 000 à 1 200 places à l'H.A.D. de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et à Santé Service Puteaux.

- La **REPARTITION GEOGRAPHIQUE** se fait également de façon très inégale : actuellement 34 structures d'H.A.D. sont réparties dans 28 départements avec une forte concentration en région parisienne. En effet, sur les 3 500 lits d'H.A.D. plus de la moitié sont pris en charge par l'Assistance Publique de Paris et par Santé Service Puteaux. Ces associations sont en relation avec les centres anticancéreux et les hôpitaux publics

de la région parisienne, et totalisent 61 % des admissions pour l'année 1987.

L'**ACTIVITE** du secteur public est nettement inférieure à celle du secteur privé (8 806 admissions contre 16 456 en 1987).

- Le **PRIX DE JOURNEE**, en 1991 varie de 346 F à 1 373 F (nutrition parentérale à domicile, H.A.D.-A.P.). Sur les 30 établissements adhérents à la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (F.N.E.H.A.D.), le prix moyen de la journée est de 466 F.

- L'H.A.D. publique, pouvant bénéficier des prestations hospitalières, offre souvent une **COUVERTURE DE SOINS** plus large.

- Sur le plan du **FONCTIONNEMENT**, l'H.A.D publique et les grosses structures privées ont tendance à assurer tous les soins par leurs propres salariés, d'où, à terme, un risque de disparition du rôle tenu par le système libéral (retour des malades en milieu hospitalier pour la surveillance du traitement).

#### **B -LA FEDERATION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION A DOMICILE**

Si chacune des structures d'H.A.D. possède sa spécificité propre, la plupart des associations sont aujourd'hui réunies au sein de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à domicile.

Cette dernière, fondée le 12 mars 1973, à l'initiative de Mme Anne-Marie Candotti (Directrice de Santé Service Puteaux depuis 1966) répond aux dispositions de la loi de 1901.

Son siège social est situé à Paris XII, au 3 rue Saint-Nicolas (adresse postale et secrétariat général : BP 136 - 40103 Dax Cedex) et son Secrétaire Général actuel est Monsieur GARCIA, également Directeur de Santé Service Dax.

En 1991, la Fédération rassemble 30 des 34 établissements\* existant dans notre pays, tant publics que privés, ce qui explique sans doute qu'elle puisse se poser en interlocuteur valable face aux instances représentatives de la santé dans ce domaine.

Le Conseil d'Administration qui anime cette Fédération est élu par l'Assemblée Générale. Un Comité technique consultatif, composé des directeurs des établissements ou de leurs représentants, a pour mission d'étudier les problèmes de fonctionnement communs à tous les services, d'en dégager les solutions et de les proposer au Conseil d'Administration.

Mais les objectifs essentiels de la F.N.E.H.A.D. sont :

- de promouvoir l'hospitalisation à domicile dans le but de lui faire remplir le rôle social, sanitaire et humain qui est le sien ;
- d'harmoniser les conditions de fonctionnement des établissements d'H.A.D. et les représenter dans le cadre de l'activité hospitalière.

#### **C - LES CHIFFRES DE L'H.A.D. EN FRANCE POUR L'ANNEE 1990**

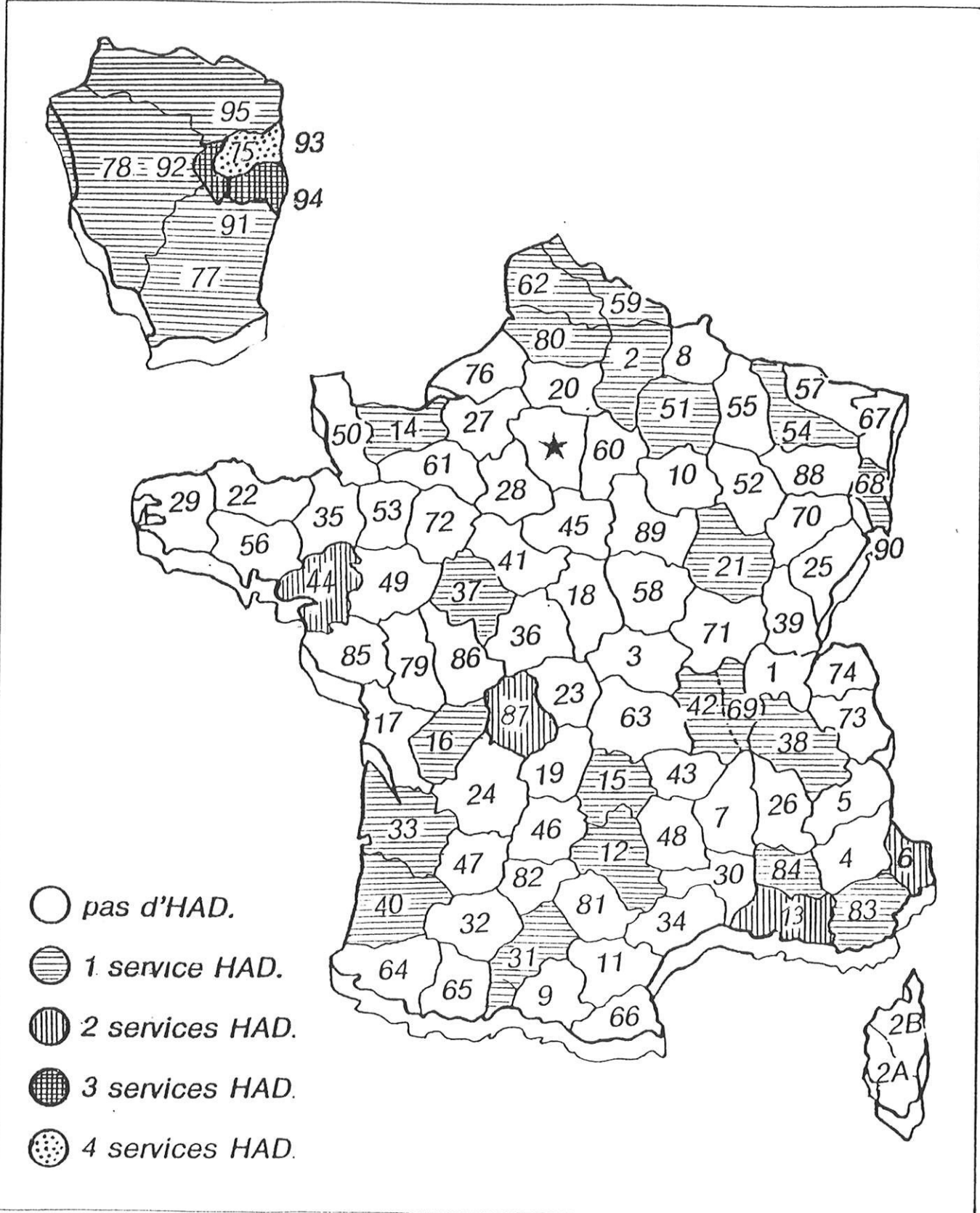
- 34 structures d'hospitalisation à domicile sont réparties sur 28 départements français totalisant ainsi 3 500 "places" dont 50 % en région parisienne.
  - . 11 structures publiques,
  - . 23 structures privées à but non lucratif.(Voir cartes p. 26 et 27).

---

\*l'adhésion de SANTE SERVICE LIMOUSIN à la F.N.E.H.A.D. est actuellement en cours.

- A l'échelon national, l'H.A.D. a réalisé, en 1990, 1 181 174 journées, soit 0,95 % du total des journées réalisées dans les hôpitaux publics ou assimilés. Le total des dépenses pour cette même année s'élevant à 610 millions de francs.

Répartition des services d'hospitalisation à domicile par département



Source : Assistance publique de Paris.

## REPARTITION DES SERVICES D'HOSPITALISATION A DOMICILE



Source : FNEHAD, 123 rue de Leningrad - 75008 PARIS. "L'hospitalisation à domicile" - Santé service, Nathan 1989.

IV - ETAT DES LIEUX DE L'H.A.D. EH HAUTE-VIENNE
---

A - MISE EN PLACE DE L'H.A.D. A LIMOGES1°) Motifs de création

L'H.A.D. à Limoges est née sous l'impulsion de plusieurs facteurs bien spécifiques à notre région.

a) le contexte démographique

Avec 353 000 habitants recensés en 1990 et répartis sur 5 520 km<sup>2</sup>, la Haute-Vienne présente une densité de 64 habitants au km<sup>2</sup>, chiffre qui se situe en deçà de la moyenne nationale (104 habitants/km<sup>2</sup>) et, à fortiori, européenne (environ 140 habitants/km<sup>2</sup>).

Trois éléments caractérisent la situation démographique du département :

- L'importance de Limoges,
- le nombre élevé des personnes âgées,
- la faiblesse de la fécondité.

- L'importance de Limoges

En 1991, la capitale régionale compte 133 400 habitants, soit 38 % des Hauts-Viennois. En rajoutant les six communes formant la proche banlieue : Panazol, Isle, Le Palais-Sur-Vienne, Couzeix, Feytiat et Condat-Sur-Vienne, on obtient l'agglomération de Limoges qui concentre la moitié des habitants du département.

- Le nombre élevé des personnes âgées

La population des personnes de 65 ans ou plus représente 20 % du total contre 14 % dans le reste de la France. Cette part monte à 23 % parmi la population féminine. Plus d'un

Haut-Viennois sur dix a plus de 75 ans, contre un Français sur quinze.

Par ailleurs, ce vieillissement s'est accentué d'une façon relative, non pas sous l'effet d'une augmentation des personnes âgées (dont la population a peu évolué) mais à cause de la baisse du nombre de jeunes de moins de 25 ans (perte de 7 % en huit ans).

#### - La faible fécondité

Avec 1,44 enfants par femme, la Haute-Vienne accuse une fécondité inférieure de 20 % à la moyenne nationale (1,80 enfants par femme). Un tel indicateur est loin d'autoriser l'équilibre des générations : le simple renouvellement de la population nécessiterait, en effet, 2,1 enfants par femme.

Ainsi, les chiffres du recensement de 1990 confirment l'accentuation du vieillissement de la population de la Haute-Vienne par rapport à 1982. Cette situation bien particulière à notre région est un des motifs de l'orientation gériatrique de l'H.A.D. à son origine.

#### **b) l'encombrement de certains services de soins aigus**

Comme pour la majorité des services d'H.A.D. de France, le but initial est de répondre immédiatement et avec efficacité aux besoins des personnes âgées.

En favorisant un retour rapide au domicile du patient après une hospitalisation, l'établissement bénéficie instantanément d'un plus grand potentiel de lits disponibles dans des services jusqu'alors congestionnés (cardiologie, médecine interne, traumatologie...).

Toutefois, si l'H.A.D. fut inaugurée, en France, à une période où les hôpitaux manquaient de lits, le projet de



création de Santé Service Limousin se situe à une époque caractérisée par l'immobilisme de ce système de soins.

**c) Insuffisance du nombre de lits de moyen séjour**

Les centres de moyen séjour "sont destinés à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs, ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation, en vue du retour à une existence autonome". Ainsi, par son objectif et ses prestations, l'unité de moyen séjour se rapproche de l'H.A.D.

**d) Manque de structure locale d'H.A.D.**

La création des premiers services d'H.A.D. en province date de 1968 (Amiens, Bayonne, Dax, Dijon, Grenoble et Lyon). Mais il n'existe aucun établissement de ce type dans la région du Limousin. L'expérience la plus voisine de nous est réalisée sous la tutelle de la C.R.A.M.C.O. par Santé Service Charente qui regroupe un service d'H.A.D. et un service de soins à domicile pour personnes âgées (ouverture en juin 1974). Santé Service Limousin est, en quelque sorte, "l'héritier de son plus proche parent".

**2°) Naissance du service public et du service privé d'H.A.D. à Limoges**

Le C.H.R.U. de Limoges a reçu l'autorisation ministérielle de créer un service de vingt places le 12 mai 1980. Lors de réunions visant à faire connaître les intentions du C.H.R.U. au corps médical, sont apparues une incompréhension et même des réactions d'opposition. En effet, aussi bien le Conseil de l'Ordre que les Syndicats de médecins ou de pharmaciens, voyaient en l'H.A.D. une extension de l'hôpital aux dépens de la médecine privée.

A la même époque, Santé Service Limousin, organisme privé à but non lucratif qui exploitait déjà un service de soins à domicile pour personnes âgées en Haute-Vienne (inauguré en juillet 1979 et fonctionnant depuis janvier 1980 a émis le souhait d'ouvrir une structure parallèle d'hospitalisation à domicile. Cette dualité des demandes a créé une situation très particulière à notre région.

Afin d'éviter une position de "monopole" de la part du C.H.R.U., le conseil d'administration de la C.R.A.M.C.O. a autorisé la fonctionnement simultané des deux services avec dix places pour chacun d'entre eux.

Après des tractations multiples et complexes, la signature d'une convention avec la C.R.A.M.C.O. a permis à Santé Service Limousin d'élargir cette capacité d'accueil à vingt places au tout début de son activité (octobre 1980).

Le potentiel effectif du service d'H.A.D. du C.H.R.U. (10 lits en juillet 1980) fut augmenté dans les mêmes proportions après élargissement d'une convention différente (20 lits en novembre 1980).

Ainsi, pour la Haute-Vienne, la "couverture" des besoins en H.A.D. s'opère de la façon suivante :

- 20 lits affectés au service du C.H.R.U. qui intervient uniquement sur la ville de Limoges et dans un rayon de 15 km.

- 20 lits attribués à Santé Service Limousin dont l'action s'étend sur tout le département, ville de Limoges comprise ; l'association gère conjointement un service de soins à domicile disposant de 224 places.

### 3°) Rapports entre les deux services

Outre leur capacité d'accueil identique, les deux services d'hospitalisation à domicile offrent des prestations similaires dans leur principe et dans leur qualité.

Le 15 décembre 1980, Santé Service Limousin et le service d'H.A.D. du C.H.R.U. ont signé une convention commune qui définit leurs rapports et prévoit notamment :

- L'information réciproque de tout changement intervenant dans la capacité d'accueil.
- Le respect du libre choix par le malade entre les secteurs public et privé ; sauf cas exceptionnel, le patient ne peut remettre en cause sa décision en cours d'H.A.D.
- La procédure commune d'admission du malade en H.A.D.
- La création d'une commission permanente de coordination chargée de régler d'éventuels litiges.
- L'orientation vers l'autre structure des patients justiciables d'une H.A.D. en cas de saturation de l'un des deux services.

Les deux organismes entretiennent ainsi des relations déontologiques qui effacent la concurrence et renforcent une complémentarité dont le malade est le premier bénéficiaire.

Il existe cependant des différences spécifiques dans les modes de tarification. Le cas échéant, il appartient à l'utilisateur de demander des informations précises sur ce point (par exemple, la prise en charge des médicaments est comprise dans le prix de journée du secteur public mais pas dans celui du secteur privé).

**B - AUTRES STRUCTURES SANITAIRES FAVORISANT LE MAINTIEN A  
DOMICILE DES PERSONNES AGEES**

**1°) L'hôpital de jour gériatrique**

L'hospitalisation de jour gériatrique permet de délivrer à certaines personnes âgées des soins médicaux complets en conservant les avantages psychologiques et humains du maintien à domicile. Le département dispose, à l'heure actuelle, d'un service de 20 lits situé à l'hôpital Jean Rebeyrol de Limoges.

**2°) L'hôpital de jour psychogériatrique**

L'hospitalisation de jour, ou structure à orientation psychogériatrique, concerne les personnes de plus de 60 ans, souffrant de difficultés d'adaptation à la vie quotidienne dues à des problèmes psychologiques ou présentant des troubles intellectuels.

Ce type de prise en charge est assuré, dans le département, à :

- l'hôpital de jour pour personnes âgées, rue Pétiniaud Beaupeyrat à Limoges ;
- l'hôpital de jour le Sillon au C.H.S. Esquirol,
- l'hôpital de jour de Saint-Junien,
- l'hôpital de jour de Saint-Yrieix-La-Perche.

## **C - LES DIVERS SERVICES CONCOURANT AU SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES**

De par sa situation démographique et la volonté du gouvernement, le Limousin constitue une région pilote en matière de politique de vieillesse. Les actions mises en oeuvre ont pour finalité d'assurer une bonne intégration des personnes âgées dans la société et l'adaptation réciproque de cette dernière à leur présence en nombre croissant. L'objectif de ce chapitre n'est pas de reprendre l'historique des différentes actions menées en faveur de la vieillesse au travers des plans gérontologiques départementaux successifs, mais d'établir l'inventaire succinct et complet des moyens favorisant le soutien à domicile des personnes âgées (tous ces services sont recensés et détaillés dans le plan gérontologique départemental de 1991 dont nous nous sommes largement inspirés).

### **1°) Les services d'aide-ménagère**

Il existe actuellement en Haute-Vienne deux services d'aide-ménagère :

- **l'Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées de Limoges** : elle intervient sur la presque totalité du département.

Effectif au 1er janvier 1990 : 533 aides (624 au 01/01/84).

- **l'Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées de Saint-Junien et sa Région.**

Effectif au 1er janvier 1990 : 100 aides (142 au 01/01/84).

Les prestations offertes par ces deux services sont en nette regression depuis 1984.

Le rôle précis de l'aide-ménagère dans le cadre de l'H.A.D. sera détaillé ultérieurement.

## 2°) Les services mandataires d'employés de maison

Les services mandataires s'occupent de toutes les démarches administratives nécessaires lorsqu'une personne âgée souhaite employer directement une femme de ménage. Ils peuvent également proposer des employés de maison et assurer les remplacements en cas de congés.

Pour la Haute-Vienne, en 1989, on recensait cinq de ces services, tous de création récente (1988-1989) ; ils interviennent en complément des services d'aide-ménagère à domicile.

## 3°) Les services de soins à domicile

Santé Service Limousin regroupe un service d'H.A.D. et un service de soins à domicile pour personnes âgées. Aussi, nous attacherons une attention particulière à ce sujet car les deux structures, bien que très différentes dans leur conception et dans les prestations offertes, font l'objet d'une confusion fréquente.

Les services de soins à domicile ont pour fonction principale de dispenser, sur prescription médicale, aux personnes âgées malades ou dépendantes, des soins infirmiers d'hygiène et de nursing. Ils procurent, dans le même temps, une aide spécifique à l'accomplissement des actes essentiels de la vie (différente de celle apportée par l'aide-ménagère).

Ces services interviennent à la demande du médecin traitant, lorsque la personne âgée ou sa famille le souhaitent et si les conditions matérielles psychologiques et sociales le permettent.

Leur principal intérêt réside dans le fait :

- d'éviter l'hospitalisation lors de la phase aiguë d'une affection,
- de faciliter un prompt retour au domicile après l'hospitalisation,
- de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes âgées et leur admission en section de cure médicale ou en établissement de long séjour.

Seules les personnes de plus de 60 ans peuvent bénéficier de ce type de soins, si leur nécessité est reconnue par le biais d'un certificat médical. Cependant, des personnes âgées de moins de 60 ans pourront exceptionnellement être admises après avis du médecin-conseil de la Caisse d'Assurance Maladie (décret du 8 mai 1981).

Par ailleurs, seront exclues du système de soins à domicile :

- Les maladies psychiatriques justiciables d'un traitement ambulatoire,
- les affections nécessitant une prise en charge trop lourde et relevant alors de l'H.A.D. ou de l'hospitalisation traditionnelle.

L'entente préalable n'existe pas pour les services de soins à domicile, mais la Caisse d'Assurance Maladie de l'intéressé ou l'Aide Sociale (pour les non assurés sociaux) se réservent la possibilité d'un contrôle à posteriori.

Chaque service de S.A.D. a l'obligation d'être composé :

- d'une infirmière coordinatrice,
- d'aides-soignantes.

(Loi du 20 mars 1978 modifiée par le décret du 8 mai 1981).

Pour les besoins de son service de soins à domicile, Santé Service Limousin emploie 5,5 infirmières coordinatrices (cinq

postes à temps plein et un poste à mi-temps) et 30 aides-soignantes.

D'après la convention (septembre 1979), les actes infirmiers sont assurés par une infirmière libérale de secteur dont la personne âgée a le libre choix.

D'autres auxiliaires paramédicaux peuvent aussi intervenir dans le cadre des soins à domicile mais leurs prestations sont exclues du forfait global annuel (masseur-kinésithérapeute, pédicure).

Toutefois, le rôle majeur des soins à domicile est tenu par les aides-soignantes, sous le contrôle des infirmières coordinatrices.

Le coût des différents services (sauf kinésithérapie et pédicurie) est financé par un forfait global annuel fixé par le Préfet pour chaque établissement et pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Au 1er janvier 1990, la couverture des besoins en soins à domicile pour l'ensemble de la Haute-Vienne est assurée par 17 services totalisant 673 places. A cela, il faut ajouter un organisme de 19 places n'intervenant que dans les foyers-logements du C.C.A.S. (Centre Communal d'Action Social) de la Ville de Limoges.

Pour sa part, Santé Service Limousin dispose de 224 places de soins à domicile et dessert un secteur géographique comprenant 11 cantons et la ville de Limoges.



TABLEAU N° 1

LES PRINCIPALES DIFFERENCES  
ENTRE H.A.D. ET S.A.D. A SANTE SERVICE LIMOUSIN

HOSPITALISATION A DOMICILESOINS A DOMICILE

## ADMISSION

Age : sans limite.

Plus de 60 ans :  
 (exceptionnellement les  
 personnes de moins de 60 ans  
 avec accord préalable du  
 contrôle médical).

Hospitalisation préalable  
dans un hôpital public obli-  
gatoire (exception après  
 consultation externe en milieu  
 hospitalier public).

Pas d'hospitalisation  
préalable.

## EXCLUSION

Les maladies psychiatriques justiciables  
 d'un traitement ambulatoire.

## BUT

En aval de l'hospitalisation

Ecourter le séjour du malade  
 par un retour rapide au domi-  
 cile en maintenant son trai-  
 tement.

En amont de l'hospi-  
talisation

Eviter une admission à  
 l'hôpital par le  
 maintien à domicile.

## DEMARCHES

Accord et certificat du  
médecin hospitalier

Accord et certificat du  
m é d e c i n   t r a i t a n t  
 seulement.

Accord du malade ou de la famille

Accord du médecin conseil  
de la caisse

Pas d'entente préalable  
mais possibilité de  
contrôle à postériori.

**EQUIPE SOIGNANTE**

- Infirmière ( tous les soins)
- Aide-soignante (hygiène, toilette, prévention)
- Aide-ménagère (courses, repas, ménage)

d'office

avec accord de la  
caisse.

**Libre choix des intervenants libéraux :**

- Médecin, pharmacien, kinésithérapeute, laboratoire, infirmière libérale).

**Aides-soignantes**

Procurées par Santé Service Limousin

**INTERVENTION**

Rôle infirmier prépondérant  
malade ayant besoin d'une  
assistance journalière  
importante.

Rôle majeur de l'aide-  
soignante :  
intervention  
quotidienne

**MATERIEL**

Prêté par l'association

**PRIX 1990**

490,23 F.  
Exonération du ticket  
modérateur au 31ème jour si  
le malade ne relève pas d'une  
des 30 affections de longue  
durée.

112,35 F.  
Exonération du ticket  
modérateur d'emblée.

#### 4°) Les services d'auxiliaires de vie

"Il s'agit de services destinés au maintien à domicile des personnes handicapées, quel que soit leur âge."

"L'auxiliaire de vie a une mission d'accompagnement auprès de la personne handicapée dans sa vie quotidienne. Son intervention se différencie de celle de l'aide-ménagère puisque c'est la notion de handicap et non d'âge qui prime".

Cependant, en raison de la très forte proportion de personnes âgées parmi les bénéficiaires de ces services, il paraît opportun de les situer dans l'ensemble des moyens concourant au soutien à domicile des personnes âgées dépendantes.

En 1989, les trois services d'auxiliaire de vie que compte la Haute-Vienne sont intervenus auprès de 269 personnes handicapées. Ce système est encore peu développé.

#### 5°) Le portage de repas à domicile

"Le service de repas à domicile consiste en une livraison régulière de repas au domicile de la personne âgée. De création récente, ces services ont pour but de permettre le soutien à domicile de personnes âgées temporairement ou définitivement dans l'incapacité de préparer leur repas.

Ils ont, en même temps, une visée préventive en permettant une alimentation équilibrée et une surveillance régulière".

La Haute-Vienne compte actuellement 32 services de ce type, couvrant la quasi totalité du département (6 services en 1984). En 1989, 1 445 personnes âgées ont bénéficié des repas à domicile.

### 6°) Les foyers-restaurants

Ces structures permettent aux personnes âgées valides, vivant à leur domicile, de venir prendre leur repas en collectivité. Il s'agit soit de foyers-restaurants indépendants, soit d'établissements tels que les maisons de retraite, les cantines scolaires, les foyers logements qui acceptent d'accueillir des personnes venant de l'extérieur. Il existe 31 organismes de ce type pour le département de la Haute-Vienne.

### 7°) L'amélioration de l'habitat

"Toute action entreprise en faveur du soutien à domicile des personnes âgées est conditionnée par l'environnement dans lequel elle s'accomplit. L'amélioration de l'habitat constitue donc un des facteurs essentiels de la réussite d'une politique de maintien à domicile. La vétusté des logements, notamment en milieu rural et une adaptation à la perte d'autonomie de la personne âgée nécessitent bien souvent la réalisation de travaux que les intéressés ont du mal à assumer seuls".

Ce sont les instances de coordination\* qui gèrent les crédits de rénovation et d'amélioration de l'habitat. La majorité de ces instances ont passé une convention avec le P.A.C.T. (Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat), association à but non lucratif dont le siège social est à Limoges. Cet organisme a plusieurs missions importantes :

- effectuer, pour la personne concernée, toutes les démarches administratives et financières ;
- apporter une aide technique dans la conception et l'estimation des travaux ;

---

\*L'instance de coordination est un échelon local de décision regroupant l'ensemble des partenaires intéressés à l'action gérontologique.

- se mettre en relation avec les artisans et éventuellement coordonner leur action ;
- rechercher toutes les aides de financement susceptibles d'intervenir.

Toute personne de plus de 60 ans peut bénéficier d'une aide à l'amélioration de l'habitat si elle est propriétaire, locataire ou usufruitière de son logement et qu'elle l'habite au moins huit mois dans l'année.

De 1982 à 1989, le P.A.C.T. a fait bénéficier 3 511 personnes de l'amélioration de l'habitat dans des domaines aussi divers que tapisseries, chauffage, toitures, sanitaires...

#### 8°) Les services mandataires de garde à domicile

Il s'agit de services mandataires dont le rôle consiste à :

- rechercher les personnes pouvant assurer des gardes auprès des personnes âgées ou handicapées (qui sont les employeurs directs) ;
- effectuer toutes les démarches administratives.

La garde à domicile sollicitée dans différentes situations (en attente d'un hébergement, pour éviter une hospitalisation, pendant une convalescence) peut intervenir, de jour comme de nuit, en semaine comme le week-end et les jours fériés.

Il existe deux services de ce type pour le département de la Haute-Vienne.

### 9°) Les services de dépannage

Ils offrent des prestations variables selon les secteurs mais concernant surtout l'aide à la vie courante : portage de médicaments, ravitaillement, ménage d'urgence (préparation du domicile après une hospitalisation), petit jardinage, bricolage, aide pour le chauffage (rentrer le bois, alimenter le feu) ... En 1988, douze services fonctionnent dans notre département.

### 10°) La télé-sécurité

La télé-sécurité est un système raccordé au réseau téléphonique qui permet l'appel en urgence à partir du domicile par simple pression sur un boîtier portatif. La transmission de l'appel se fait automatiquement vers un central de réception qui assure une permanence continue et déclenche le dispositif d'aide le plus approprié (famille, voisin, médecin, S.A.M.U.).

Toute personne âgée disposant du téléphone et ayant des difficultés à vivre à domicile (problème de santé, solitude, risque de chute...) peut bénéficier de ce service.

Le Conseil Général de la Haute-Vienne a mis en place la télé-sécurité en 1987 et confié son exploitation à un organisme spécialisé dans ce domaine : "Présence Verte". Ce système est actuellement en pleine expansion (137 nouveaux contrats en 1988, 218 en 1989).

### 11°) Le secteur associatif bénévole

Clubs de retraités, associations corporatives, université du troisième âge...

## D - CONCLUSION

Ainsi, l'action en faveur du maintien à domicile des personnes âgées bénéficie de toute une "panoplie" de structures complémentaires qui répondent chacune à des besoins bien précis. Certaines d'entre elles, en Haute-vienne, mériteraient d'être développées ou mieux adaptées (soins à domicile, aides-ménagères).

Un guide intitulé "Vivre son âge" est mis à la disposition du public pour l'aider à faire son choix dans cet éventail de possibilités ; cet ouvrage dresse l'inventaire de l'ensemble des administrations compétentes, des services de soutien à domicile, des établissements d'accueil et des formules d'hébergement temporaire ou d'alternatives à l'hospitalisation.

Par ailleurs, il faut signaler l'ouverture, en octobre 1990, d'un Centre d'Information des Personnes Agées (C.I.P.A.), concept nouveau et unique en France. Créé sous l'impulsion du Conseil Général, le C.I.P.A. repose sur une structure associative qui regroupe les principaux partenaires de l'action gérontologique en Haute-Vienne. Le C.I.P.A. a pour ambition de "fédérer" l'ensemble des initiatives départementales en faveur des personnes âgées pour permettre une meilleure information des retraités, de leur famille, des professionnels et pour favoriser le développement qualitatif de l'action gérontologique.

L'hospitalisation à domicile est seulement citée dans le plan gérontologique car ce n'est pas un système de soins exclusivement réservé aux personnes âgées. Cependant, plus de 80 % des patients de Santé Service Limousin ont plus de 60 ans (moyenne d'âge supérieure à 65 ans) et on peut regretter le "tremplin" qu'aurait constitué une intégration de l'H.A.D. dans cette politique de vieillesse.

<p>V - LE SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE DE SANTE SERVICE LIMOUSIN</p>
--

**A - LES LOCAUX**

Initialement établi rue Pierre et Marie Curie, le siège social de Santé Service Limousin a été récemment transféré à proximité, 3 rue Clouet à Limoges.

Ce changement d'adresse a permis à l'association de bénéficier de locaux, à la fois plus facile d'accès, plus grands et plus fonctionnels et d'investir pour l'informatisation de ses services. En devenant propriétaire, Santé Service Limousin évite ainsi des frais de location qui grévaient lourdement son budget de fonctionnement. D'autre part, l'acquisition de ce nouvel immeuble, supportée par deux emprunts amortissables sur plusieurs années, permettra, à terme, de supprimer des charges financières importantes.

Santé Service Limousin dispose également de trois antennes médicales, plus particulièrement réservées au service de soins à domicile et situées respectivement :

- 3 rue Lamartine à Saint-Junien,
- 1 place de Châteaudun à Bellac,
- 6 rue Gay-Lussac à Saint-Léonard-De-Noblat.

**B - LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE DE SOINS**

Pour l'hospitalisation à domicile, l'activité de Santé Service Limousin couvre tout le département de la Haute-Vienne, agglomération de Limoges comprise. Le service d'H.A.D. du C.H.R.U. limite ses interventions à la ville de Limoges et à sa périphérie, dans un rayon de 15 km.



**C - FONCTIONNEMENT DU SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE DE  
SANTÉ SERVICE LIMOUSIN**

Mettre en relief le filigrane des principales dispositions de la convention (qui, rappelons-le, tient lieu de réglementation) et souligner l'intérêt de l'hospitalisation à domicile pour l'utilisateur pourrait être abordé de différentes manières.

Pour dégager les atouts de l'hospitalisation à domicile, il nous a semblé préférable de nous substituer pour un temps, à un "malade candide" qui s'informe auprès de Santé Service Limousin, d'une part sur la construction et le cheminement de son dossier, d'autre part sur les prestations offertes par un tel système de soins.

**1°) Conditions pour bénéficiaire de l'H.A.D.**

Les conditions pour bénéficiaire de l'H.A.D. sont, en fait, simples et peuvent se résumer de la façon suivante :

1 - Admission préalable en milieu hospitalier public ou privé non lucratif, ou exceptionnellement après consultation externe par un médecin exerçant en secteur public.

2 - Proposition d'hospitalisation à domicile par le Chef de Service de l'hôpital d'origine.

3 - Accord du malade et/ou de sa famille.

4 - Enquête sociale préalable confiée à une assistante sociale.

5 - Prise en charge accordée par le médecin-conseil de la sécurité sociale sur des critères médicaux (il en est de même pour les prolongations de séjour).

6 - Acceptation du service d'H.A.D. (l'admission est prononcée par le directeur de Santé Service Limousin qui s'assure de la capacité de son service à soigner le malade).

Dans tous les cas, le patient garde le libre choix de son médecin traitant à domicile, de son pharmacien et de son infirmière habituels (ainsi que des autres professionnels de santé libéraux).

Les principes de l'organisation de l'H.A.D. sont définis par les textes conventionnels de la loi de 1970.

Pour ce qui relève des conditions d'admission, les seules règles applicables sont posées par la circulaire de la C.N.A.M.T.S. du 29 octobre 1974 et seront détaillées dans le chapitre intitulé "limites de la prise en charge en H.A.D.".

Il s'agit, en définitive, de n'admettre en H.A.D. que les seuls malades dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours à l'infrastructure hospitalière, impose néanmoins des interventions fréquentes et complexes de médecins et d'auxiliaires médicaux.

Indépendamment des conditions médicales, l'admission en H.A.D. est subordonnée au résultat d'une enquête sociale qui vérifie les conditions de l'habitat.

Par ailleurs, la collaboration de la famille ou de l'entourage est indispensable dans la mesure où Santé Service Limousin n'assure pas la garde des malades. Toutefois une permanence téléphonique, fonctionnant 24 heures sur 24, permet de répondre aux appels d'urgence.

En réalité, les formalités administratives qui incombent au patient sont simplifiées au maximum et se résument à son simple consentement (et/ou celui de la famille), toutes les

démarches parallèles étant effectuées par la Surveillante de Santé Service Limousin.

Le malade est donc totalement encadré par l'équipe de Santé Service Limousin durant le passage de l'hôpital à la maison.

Une fois les formalités accomplies et dès l'entrée en hospitalisation à domicile, le médecin traitant désigné par le malade demeure responsable de celui-ci. Il consulte le dossier médical du patient et bénéficie des indications thérapeutiques de son confrère hospitalier.

En cours de traitement, et en accord avec le service hospitalier et le médecin traitant, la surveillante du service d'H.A.D. (ou l'infirmière de coordination) organise, aux dates convenues, les retours en consultation à l'hôpital d'origine. Une infirmière ou le plus souvent la famille, y accompagne le malade, munie de son dossier médical.

Les résultats sont par la suite communiqués au médecin traitant et, s'il y a lieu, dans le cas d'une demande de prolongation par exemple, au médecin-conseil de la Caisse.

Ici encore, on constate que les retours en consultation et la transmission des dossiers médicaux, tenus par Santé Service Limousin, aux médecins hospitaliers et traitants, contribuent à créer, entre les différents intervenants, le lien indispensable à la continuité et à l'harmonisation des thérapeutiques.

## 2°) Les services offerts par Santé Service Limousin

Pendant toute la durée de la prise en charge, Santé Service Limousin met à la disposition du médecin traitant tout le soutien logistique nécessaire tant en personnel qu'en matériel et services divers.

Cette équipe pluridisciplinaire et d'une grande disponibilité proposée par l'association comprend essentiellement :

- L'infirmière coordinatrice responsable du contrôle des soins et des liaisons avec les médecins traitants et les auxiliaires paramédicaux libéraux (essentiellement les masseurs-kinésithérapeutes).

- Les infirmières libérales garantes de l'exécution des prescriptions médicales.

- Les aides-soignantes assurant toute la surveillance de l'état du malade et les soins d'hygiène.

- Les aides-ménagères de secteur lorsqu'elles sont sollicitées.

Par ailleurs, et selon les besoins déterminés par l'infirmière coordinatrice, Santé Service Limousin permet l'intervention d'auxiliaires paramédicaux librement choisis par le malade : masseur-kinésithérapeute, diététicienne, orthophoniste, pédicure, etc.

Les prestations de l'hospitalisation à domicile comprennent aussi l'exécution des analyses de laboratoire et des transfusions ainsi que l'organisation des retours en consultation (les transports sanitaires sont inclus dans le prix de journée).

Il faut enfin noter que Santé Service Limousin pourvoit, si besoin, aux frais de location et à l'aménagement d'un véritable mobilier hospitalier : lit multipositions, fauteuil roulant, matelas anti-escarres, soulève-malade, aspirateur trachéal, oxygène, etc.

Tout le petit matériel indispensable est également fourni : alèses, aérosols, canules, etc.

Le financement de tous ces biens et services est assuré par un prix de journée global et forfaitaire calculé dans un cadre budgétaire fixé annuellement par la C.R.A.M.C.O. Ce prix de journée englobe toutes les prestations décrites précédemment et fait l'objet d'une facturation mensuelle adressée à la Caisse d'Assurance Maladie dont dépend le malade.

### 3°) Les acteurs de l'hospitalisation à domicile

#### α) **Le personnel de Santé Service Limousin : une équipe**

Le succès d'une hospitalisation à domicile est largement fonction de la qualité de l'évaluation préalable des besoins médicaux (réalisée par l'infirmière surveillante) et d'une coordination parfaite entre tous ses acteurs.

Le malade bénéficie, comme on l'a vu, du concours d'une équipe pluridisciplinaire paramédicale et sociale. Cette équipe, rompue aux techniques hospitalières les plus sophistiquées et formée en permanence aux innovations, est en outre capable de s'adapter aux contraintes propres à l'environnement de chaque patient afin de lui apporter des soins personnalisés de qualité égale à ceux prodigués à l'hôpital. Mais si une équipe soudée et homogène reste indispensable au bon déroulement de l'H.A.D., chaque "maillon" de cette chaîne de soins joue un rôle capital qu'il convient de préciser.

#### a) L'infirmière surveillante

L'infirmière surveillante, contactée par le service hospitalier qui transmet le "signalement" du malade susceptible de bénéficier de l'H.A.D. :

- étudie le dossier médical avec l'équipe hospitalière, pour évaluer la charge et le plan de soins, dans la continuité du traitement instauré ;
- recueille l'accord du malade et de sa famille ;

- informe le médecin traitant du prochain retour à domicile de son patient ;
- prépare la demande de prise en charge pour le médecin conseil de la Caisse de Sécurité Sociale du malade et s'assure de son accord ;
- recueille et transmet au service compétent les éléments relatifs à la prise en charge administrative et financière ;
- procède à l'admission du malade et mobilise le secteur soins (l'équipe de soins d'H.A.D.) le plus proche de son domicile ;
- commande le matériel médical et prévoit les transferts en ambulance si nécessaire ;
- lors du retour du patient en consultation, elle présente celui-ci, avec son dossier, au praticien hospitalier ;

Outre la planification des admissions, la gestion des malades et de leurs dossiers, la surveillante est également responsable de :

- l'encadrement et l'information du personnel,
- la liaison entre Santé Service Limousin et les autres structures (milieu hospitalier, Caisse d'Assurance Maladie, association d'aides-ménagères, autres systèmes de soins à domicile...).

#### b) L'infirmière coordinatrice

Informée par l'infirmière surveillante d'une admission, l'infirmière coordinatrice :

- détermine la stratégie adaptée au malade ;
- organise les plans de travail de l'équipe de soins en fonction du dossier médical hospitalier transmis par l'infirmière surveillante ;
- assure la continuité de la prise en charge "hospitalière" par l'accueil au domicile du malade dès son arrivée ;
- met en oeuvre le protocole des soins prescrits ;

- coordonne les horaires de passage des différents intervenants : masseur-kinésithérapeute, aide-ménagère, diététicienne ;

- détermine le petit matériel à livrer, le rythme des consultations à l'hôpital, les réservations d'ambulances ;

- éduque le malade et sa famille afin de les rendre, au plus vite, autonomes face à la maladie ;

- dialogue avec le patient et son entourage pour éviter que ne s'installe ou s'aggrave un déséquilibre induit par la maladie ;

### c) L'assistante sociale

L'assistante sociale de l'H.A.D. joue un rôle de soutien logistique dans la prise en charge d'une personne à domicile, par sa connaissance des démarches administratives et des droits des assurés sociaux. Dès qu'elle est sollicitée par l'infirmière surveillante, elle :

- s'assure des conditions d'habitat ;

- s'applique à résoudre les problèmes sociaux induits par la maladie (perception des indemnités journalières, contact avec les employeurs, demande d'accord pour l'achat d'appareillage...) ;

- recherche, avec le secteur soins, le relais éventuellement nécessaire après la cessation de la prise en charge par l'H.A.D. (placement, soins à domicile, etc.).

Par ailleurs, l'assistante sociale de secteur intervient souvent conjointement avec son homologue de l'H.A.D.

Ces trois postes, habituellement présents dans un service d'hospitalisation à domicile, ont été volontairement individualisés pour mieux en définir leur rôle respectif.

En fait, en raison de la capacité d'accueil limitée de Santé Service Limousin, ces différentes fonctions sont cumulées par une seule et même personne : l'infirmière surveillante.

Ceci a pour mérite, d'une part de réduire les frais de gestion en personnel et, d'autre part de concentrer toutes les informations concernant Santé Service Limousin et ses malades. On évite ainsi des démarches de coordination devenues superflues et les erreurs éventuelles inhérentes à des intermédiaires et à des transmissions multiples.

d) L'infirmière au domicile du malade

N'ayant que très rarement la possibilité de se rendre à l'hôpital pour prendre contact avec le patient avant son admission en H.A.D., elle s'informe le plus souvent de son état par le résumé du dossier hospitalier d'origine et par l'intermédiaire de la surveillante qui a établi les besoins globaux du malade.

Sous l'autorité de cette dernière, l'infirmière :

- est responsable de la conduite du traitement et de l'éducation du malade et de sa famille quand elles sont nécessaires ;

- exécute les prescriptions médicales et contribue à coordonner les interventions des autres membres de l'équipe (aide-soignante, aide-ménagère, kinésithérapeute) ;

- est chargée de la tenue du dossier de soins d'une façon aussi complète et précise que possible ;

- détecte, par une écoute et une surveillance attentives, les éventuelles complications d'ordre pratique, pathologique, psychologique ou social ;

- en accord avec le médecin de famille, elle peut modifier le programme préétabli et demander le retour à l'hôpital.

Par sa connaissance globale du malade et de son dossier médical, l'infirmière constitue la "clef de voûte" de l'hospitalisation à domicile.



Hors de l'univers sécurisant de l'hôpital, sa compétence, ses capacités de contact et d'adaptation, sa personnalité et sa maturité sont déterminantes pour assumer son isolement sur le plan technique et relationnel.

Responsable à part entière de son malade et jouissant d'une marge importante d'initiative personnelle, l'infirmière perd ainsi son anonymat et retrouve une motivation et un enrichissement quotidiens dans son travail.

Des infirmières dépend la réussite de l'hospitalisation à domicile.

e) L'aide-soignante

Titulaire d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignante, elle travaille sous la responsabilité de l'infirmière. Son rôle consiste essentiellement à effectuer les soins d'hygiène et de nursing (toilette, prévention d'escarres), l'aide à la prise des repas, le lever et le coucher, la réfection du lit.

Elle assure ainsi une présence active, souvent importante et fort appréciée du malade et de sa famille. Mais en aucun cas cependant, elle ne doit devenir une dame de compagnie ni une femme de ménage. De même que l'infirmière, elle a un rôle éducatif très important.

**B) Les intervenants de l'hospitalisation à domicile n'appartenant pas à Santé Service Limousin.**

a) Le médecin hospitalier, chef de service

Le médecin hospitalier propose l'hospitalisation à domicile aux malades admis dans le service où il exerce, si leur état demande encore des soins actifs sans nécessiter le recours à une équipe et à un appareillage hospitalier.

Il devra rédiger le schéma thérapeutique qu'il estime nécessaire et collaborer avec le médecin traitant pour l'application de ces soins ou leur modification.

En dehors de la proposition d'hospitalisation à domicile dont il assume seul la décision, le médecin hospitalier, agissant comme un consultant, peut avoir sa responsabilité mise en cause tout au long de ce placement, conjointement à celle du médecin traitant.

b) Le médecin spécialiste, chirurgien ou non, de clinique privée

En raison d'une convention restrictive, le médecin spécialiste de clinique privée ne peut pas prescrire une hospitalisation à domicile à un malade issu de ce secteur ; il est donc exclu du circuit de l'H.A.D. Ce problème et ses conséquences seront traités dans le chapitre intitulé : limites de la prise en charge en H.A.D. concernant l'origine des patients.

c) Le médecin traitant

Le médecin traitant, librement choisi par le patient ou sa famille, donne son accord sur l'admission du malade et prend en charge la direction des soins de l'hospitalisation à domicile en relation étroite avec son confrère hospitalier.

Celui-ci définit une stratégie que le médecin traitant est totalement libre de modifier ou de refuser ; mais, s'il l'accepte, il devient le seul maître de la tactique (qu'il peut rectifier à tout moment en fonction de l'état du patient).

En pratique, les relations confraternelles apparaissent donc, ici, fondamentales. Mais il ne faut pas se cacher qu'une telle formule, très valable sur le plan médical, est parfois délicate à mettre en oeuvre en raison des difficultés de

contact fréquentes entre médecine hospitalière et médecine de ville.

L'important est de savoir qu'il n'existe aucun lien hiérarchique entre hospitalier et praticien et qu'une coopération étroite entre médecins est capitale dans l'intérêt même du patient.

Une liaison réduite à des contraintes formelles rendrait son efficacité négligeable, voire nulle. En effet, le médecin hospitalier s'estimerait dégagé de la responsabilité d'un malade confié à un médecin de ville, où ce dernier délaisserait une collaboration le confinant dans un rôle secondaire à ses yeux.

Le médecin traitant reste donc maître de ses prescriptions, organise ses visites au rythme qu'il juge nécessaire et propose la prolongation ou la fin du régime d'hospitalisation à domicile. Il est rémunéré à l'acte et il n'existe donc pas d'extension de la médecine hospitalière aux dépens de la médecine libérale. Bien sûr, l'entente avec l'équipe soignante est également primordiale.

Enfin, le médecin traitant est tenu d'accepter les conditions de fonctionnement énoncées dans le règlement intérieur de Santé Service Limousin.

d) Les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale

Les droits et les devoirs des médecins-conseils sont précisés dans l'article 12 de la convention :

"L'association s'engage à donner aux médecins-conseils des caisses toutes facilités en vue de l'exercice du contrôle médical sur place et sur pièces. Le médecin-conseil peut notamment demander au chef de service hospitalier ou de

l'établissement de soins et au médecin traitant, tous renseignements utiles concernant le malade.

Afin de s'assurer des conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention de l'association, tant sur le plan matériel que sur le plan moral et social, les caisses se réservent la possibilité de faire effectuer périodiquement des enquêtes au domicile des malades par l'intermédiaire de leur service social.

L'association s'engage à mettre les dossiers des malades assistés à la disposition des agents de contrôle accrédités par les caisses..."

On le voit, les médecins-conseils supervisent la bonne gestion de l'H.A.D. et exercent leur contrôle, voire leur droit de véto, à tous les niveaux. Cette omniprésence tout au long de l'H.A.D. leur confère un rôle important ; ainsi le médecin-conseil :

- délivre l'accord de prise en charge et son renouvellement éventuel ;
- fait respecter les engagements conventionnels en vigueur ;
- s'assure de la conformité de l'indication médicale de l'H.A.D. par une enquête multidirectionnelle auprès de tous les intervenants (chef de service hospitalier, assistante sociale, Santé Service Limousin, malade, médecin traitant) ;
- contribue à la décision de fin de séjour en H.A.D.

Ces attributions peuvent paraître restrictives pour l'H.A.D. Toutefois, la collaboration indispensable entre médecin traitant, Santé Service Limousin et médecins-conseils est en général effective et bénéfique à la marche judicieuse de ce système de soins.

e) Le pharmacien

Le pharmacien approvisionne les patients de Santé Service Limousin en médicaments, sur prescription du médecin traitant. Les produits pharmaceutiques exclus du forfait journalier de l'H.A.D. sont directement remboursés au malade par la Caisse de Sécurité Sociale dont il relève et, le cas échéant, par sa mutuelle complémentaire.

Le matériel médical, compris dans le prix de journée de l'H.A.D., est intégralement fourni à titre de prêt par Santé Service Limousin ; il provient :

- soit des stocks propres de l'association qui a investi dans l'achat des produits les plus fréquemment utilisés, donc les plus rentables et les mieux amortis ;

- soit de la location à une pharmacie (la plus proche du domicile du malade dans la majorité des cas), ce qui permet à Santé Service Limousin d'éviter des frais de maintenance, de distribution et de stockage non négligeables.

Initialement, Santé Service Limousin s'approvisionnait auprès d'un seul établissement afin d'obtenir des réductions de tarif en raison de l'importance du marché. Mais, à la demande expresse du syndicat de l'ordre des pharmaciens qui voyait dans ce procédé un "schunt" des pharmacies d'officine, l'association a décidé de jouer pleinement la carte du système libéral, à condition que les prix pratiqués restent compétitifs.

Aussi, dans la mesure où chaque pharmacie accepte le jeu de la concurrence, le patient conserve l'entière liberté du choix de son pharmacien.

f) L'infirmière libérale

Les infirmières libérales tiennent une place prépondérante dans l'activité de Santé Service Limousin et deviennent, en quelque sorte, des "intérimaires" de l'H.A.D.

Elles ont le même rôle que les infirmières de Santé Service Limousin et leurs horaires de passage sont coordonnés par l'infirmière surveillante en fonction des besoins du malade et des prescriptions médicales. Leurs soins sont rémunérés à l'acte et financés par le prix de journée que perçoit l'association des Caisses d'Assurance Maladie.

Cette solution a pour mérite de satisfaire :

- Le malade, par la visite de son infirmière habituelle.
- Les infirmières libérales qui effectuent un travail local dans des conditions humaines et professionnelles intéressantes (contact avec son patient, matériel de location adapté, coopération avec l'équipe d'H.A.D.).
- Santé Service Limousin, pour la qualité et la rapidité d'exécution des soins du fait de la plus grande disponibilité des infirmières libérales. Par ailleurs, cette formule permet de limiter les inconvénients liés au salariat (charges sociales, congés, permanence de nuit, irrégularité du travail sectoriel).

Cependant, l'impossibilité de prévoir le nombre d'actes infirmiers dispensés au cours d'une année, rend la gestion de ce poste difficilement contrôlable (voir financement de Santé Service Limousin p. 80-81)

g) Autres professions paramédicales libérales

Les praticiens libéraux (kinésithérapeute, diététicienne, orthophoniste, pédicure...) apportent chacun leur spécificité dans l'intérêt du malade.

La kinésithérapie est pratiquement systématique pour tous les patients de Santé Service Limousin. Dans la majorité des cas, elle comporte une rééducation intensive pour des pathologies neurologiques graves : tumeur cérébrale ou médullaire, paraplégie consécutive à un accident de la voie publique, hémiplégie d'origine vasculaire, affections évolutives comme la sclérose en plaques, les polyradiculonévrites ou la maladie de Parkinson...

Le kinésithérapeute détourne l'attention du patient sur un point de fixation autre que celui de son déficit cérébral ou physique et lui enseigne comment effectuer les gestes appropriés à une bonne récupération fonctionnelle. Dans les pôles d'activité de la kinésithérapie, on note également les massages et le drainage bronchique.

Le service diététique, offert par l'association, est tout aussi indispensable. La mission première des diététiciennes est de veiller à ce que le régime alimentaire mis en oeuvre au domicile soit la continuité de celui entrepris à l'hôpital. Il peut s'agir de malades porteurs de sonde nasale ou de jéjunostomie, de malades s'alimentant sous forme mixée ou sous régimes divers (colectomie, diabète, insuffisance rénale, anorexie, problèmes digestifs causés par les traitements de chimiothérapie, etc.).

Mais c'est la nutrition parentérale qui occupe aujourd'hui une place prépondérante dans le travail des diététiciennes : ce sont elles, en effet, qui prescrivent le type d'alimentation, l'expliquent à la famille, l'adaptent parfois à la situation socio-économique du foyer. Elles assurent, par ailleurs, la mise en place du matériel de nutrition (nutripompe).

La surveillante planifie les différentes tranches d'horaire de passage pour tous ces auxiliaires libéraux qui interviennent sur prescription médicale et travaillent en étroite collaboration. Ils sont rémunérés à l'acte par Santé

Service Limousin qui couvre ces diverses prestations par l'intermédiaire du prix de journée.

h) L'aide-ménagère

Elle dépend directement de l'Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées (A.A.D.P.A.), avec laquelle Santé Service Limousin a établi une convention pour faire face à ses propres besoins.

Son attribution aux patients admis en H.A.D. n'est pas systématique et dépend de l'évaluation préalable des besoins, déterminée par l'infirmière surveillante.

Le financement de l'aide-ménagère est compris dans le prix de journée de Santé Service Limousin, ce qui n'est pas sans conséquence sur le budget de l'association (comme nous le verrons plus loin).

L'aide-ménagère tient une place fondamentale dans le soutien à domicile. Elle intervient, en général, auprès de la personne âgée incapable de vaquer seule aux soins du ménage et ne pouvant plus être aidée par un membre de la famille ou de l'entourage.

La mission première de l'aide-ménagère consiste en une aide pour accomplir les actes matériels élémentaires de la vie quotidienne :

- entretien de l'habitat : ménage, lavage du linge, vaisselle, couture, vidage des ordures ménagères et diverses tâches comme l'approvisionnement en bois, en charbon, s'occuper du feu... ;

- entretien de la personne : faire le lit, faire les courses, préparer les repas... ;

- contacts avec l'extérieur : aide aux démarches administratives courantes.



L'aide-ménagère permet éventuellement d'assurer une continuité entre l'H.A.D. et les autres formes de maintien à domicile. En outre, elle apporte par sa présence, un réel soutien moral à la personne âgée et lui permet bien souvent de briser sa solitude.

i) L'Association Limousine pour l'Utilisation du Rein Artificiel à Domicile (A.L.U.R.A.D.)

L'Association Limousine pour l'Aide aux Insuffisants Respiratoires (A.L.A.I.R.).

Conscient de l'évolution des techniques médicales, le Ministère de la Santé a étendu le champ d'action de l'H.A.D. aux malades insuffisants rénaux dialysés et aux insuffisants respiratoires nécessitant un appareillage d'assistance ventilatoire ou une oxygénothérapie (Circulaire du 12 mars 1986).

Santé Service Limousin pourrait donc être amené à travailler conjointement avec l'A.L.U.R.A.D. ou l'A.L.A.I.R., mais cette collaboration reste très symbolique sur le terrain. En effet, il n'existe aucune convention entre ces différentes associations.

Comme Santé Service Limousin, l'A.L.U.R.A.D. est financée par le système de prix de journée et la prise en charge simultanée du même patient est impossible dans la mesure où les Caisses d'Assurance Maladie refusent le cumul des forfaits journaliers.

En dix ans d'activité, Santé Service Limousin ne s'est occupé que d'un seul patient dialysé dont l'état n'imposait pas le recours à la structure plus lourde de l'A.L.U.R.A.D.

Quant aux malades provenant de l'A.L.A.I.R., il ne peuvent être pris en charge par Santé Service Limousin que s'ils présentent une pathologie annexe, la chronicité étant un critère d'exclusion pour l'H.A.D. Ainsi, le dossier ne sera

accepté par le médecin-conseil que si le prix de journée de l'A.L.A.I.R. est inclus dans celui de Santé Service Limousin.

j) L'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration et le Comité Directeur

**L'Assemblée Générale** de Santé Service limousin regroupe 35 membres appartenant aux principaux organismes intéressés par l'H.A.D. Elle se décompose en :

- Plusieurs adhérents des syndicats de médecins (Fédération des Médecins de France, Syndicat des Médecins Généralistes, Confédération des Syndicats Médicaux Français), de pharmaciens, d'infirmiers libéraux (Fédération Nationale des Infirmiers), kinésithérapeutes (Syndicat National des Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs) et ambulanciers.

- Un délégué du Conseil Général.

- Des représentants des différentes Caisses d'Assurance Maladie et des régimes de retraite :

- . Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre-Ouest,
- . Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- . Mutuelle Complémentaire 403,
- . Caisse de Mutualité Sociale Agricole,
- . Caisse Mutuelle Régionale,
- . Caisse Artisanale Interprofessionnelle d'Assurance Vieillesse Marche-Limousin,
- . Caisse Organic du Limousin.

**Le Conseil d'Administration** est un organe décideur, composé de 29 membres et agissant dans le sens des grandes lignes tracées par l'Assemblée Générale dont il est issu.

Enfin, le **Comité Directeur** restreint (6 membres) élus par le Conseil d'Administration a pour vocation d'appliquer les décisions des deux premières instances.

Ainsi la complémentarité de ces mandataires venus d'horizons multiples permet, en confrontant puis en conciliant les différents points de vue, de régler à la source les éventuels problèmes de Santé Service Limousin.

k) Le malade

Il est le premier concerné par l'hospitalisation à domicile. S'il fut parfois un numéro anonyme, objet de statistiques et de recherches, il demeure une personne connue qui retrouve, dans son cadre de vie, sa personnalité et ses habitudes.

Ainsi, ce système de soins apporte au malade de nombreux avantages :

- un confort moral indéniable car, en restant dans "son périmètre de sécurité", il recouvre alors un apaisement et une tranquillité d'esprit inestimables ;

- la certitude de ne pas être séparé de son conjoint avec lequel il a passé toute sa vie ;

- la possibilité, lorsque l'issue fatale est proche, de satisfaire le voeu intime de "mourir chez soi" ;

- l'opportunité, pour certains malades, de se libérer et de changer de comportement au contact de personnes étrangères. Ils peuvent alors manifester leurs exigences sans retenue ou, au contraire, exprimer un désir d'affection et de tendresse trop souvent décliné par la famille. La visite fréquente des différents acteurs de l'H.A.D. évite cette ségrégation si néfaste à la personne âgée et lui permet une meilleure ouverture sur le monde extérieur.

De plus, l'H.A.D. offre une grande qualité de soins : suivi médical quotidien, administration régulière des

médicaments, alimentation surveillée, hygiène du malade assurée, propreté constante de la chambre, mise à la disposition du matériel médical indispensable...

Parfois, l'hospitalisation intégrée dans le cadre réconfortant du "chez soi" entraîne une véritable resurrection de patients qui se croyaient perdus et refusaient de lutter.

### 1) La famille

Le retour du malade au domicile est, le plus souvent, une source de joie et de réconfort pour la famille désireuse de récupérer un être cher.

D'abord, elle ne se trouve plus seule, confrontée à une charge considérable pour laquelle elle n'est nullement préparée. Ainsi dédouanée par la présence d'une équipe de Santé Service Limousin, la famille évite un surcroît de fatigue, une tension nerveuse et parfois l'arrêt momentané ou définitif du travail de l'un de ses membres.

Par ailleurs, elle n'a plus à effectuer des déplacements fréquents, souvent longs et onéreux, pour rendre visite à l'un des siens. Enfin, en éduquant la famille, Santé Service lui permet de mieux comprendre les réactions de son malade et la conduite du traitement.

Mais en contrepartie, le patient hospitalisé à son domicile doit bénéficier d'une aide de son entourage pour effectuer les actes de la vie courante et assurer sa surveillance (alerte en cas d'urgence).

De par sa seule présence et sa disponibilité, la famille constitue donc un acteur à part entière de l'H.A.D., complément impératif du travail réalisé par Santé Service Limousin.

m) Le dossier médical

C'est une pièce essentielle, un véritable livre de bord indispensable dans le suivi à domicile d'un malade qui implique plusieurs intervenants. Le dossier devra rester chez le patient durant le temps de sa prise en charge. Un style télégraphique mais clair, lisible, daté, précise les nouveaux éléments médicaux ainsi que le jour et le nom de la personne ayant exécuté l'acte prescrit.

Puis la garde du dossier reviendra à Santé Service Limousin qui en adresse un double au médecin traitant et l'archive ensuite pour une durée de cinq ans.

Le dossier médical constitue un lien et un moyen de communication incontournable pour tous les "acteurs" de l'hospitalisation à domicile.

**F) Composition et organisation de l'équipe**

Le budget de fonctionnement alloué à Santé Service Limousin pour rémunérer le personnel de l'H.A.D. est prévu pour huit postes à temps complet :

- un administratif (statistiques, budget prévisionnel, facturation des actes et paiement aux auxiliaires paramédicaux) ;
- une infirmière coordinatrice ;
- six aides-soignantes ;

La bonne marche de Santé Service Limousin est assurée par son Conseil d'Administration composé exclusivement de membres bénévoles réunis autour du président qui cumule également la fonction non rémunérée de Directeur.

En fait, l'hospitalisation à domicile vit en symbiose avec les soins à domicile et l'on comprend aisément qu'il y ait, sinon des transferts de postes, du moins une redistribution des

compétences et du surcroît de travail entre les deux structures.

Ce phénomène d'osmose conduit à réviser à la hausse l'effectif réel du service d'hospitalisation à domicile, qui se décompose comme suit :

Temps partiel : - un comptable (budget),  
 - un aide-comptable (facturation pour les professionnels paramédicaux),  
 - une secrétaire de direction (facturation aux Caisses).

Temps plein : - une infirmière coordinatrice,  
 - six aides-soignantes.

A cela, il faut ajouter la surveillante, les infirmières et les aides-soignantes du service de soins à domicile qui interviennent quotidiennement au titre de l'hospitalisation à domicile.

Quant à l'équipe soignante au domicile du malade, elle comprend quatre membres :

- une infirmière et une aide-soignante salariées de Santé Service Limousin,

- une infirmière et un kinésithérapeute libéraux dont l'attribution est systématique bien que non obligatoire.

Cependant, il faut noter un absentéisme avoisinant les 10% de la masse salariale (congés annuels, accident du travail, grossesse, arrêt maladie). Le personnel d'H.A.D. ainsi restreint n'autorise donc pas la constitution d'équipes sectorisées de soins, ce qui permettrait de consacrer moins de temps aux déplacements. Toutefois, la répartition géographique de l'H.A.D. n'a aucune incidence sur la qualité du service rendu même lorsque le nombre d'interventions à heure fixe est

important (injections) ; le travail est alors confié à une infirmière libérale, ce qui supprime tout hiatus dans la distribution des soins.

Pour sa part, le service de soins à domicile possède une sectorisation qui lui est propre.

Sur le plan pratique, Santé Service Limousin fonctionne de 7 h 30 à 17 h 30. Une permanence téléphonique tenue 24 heures sur 24 et une garde de nuit assurée par une infirmière et une aide-soignante permettent à tout moment de faire face aux appels d'urgence et ont pour principale mission :

- de rassurer la famille,
- d'effectuer un travail de régulation en orientant le malade, si nécessaire, vers un autre système d'intervention mieux adapté (infirmière libérale, médecin traitant, S.O.S. médecins, S.A.M.U...).

Le déplacement de l'équipe de nuit reste donc exceptionnel et concerne, dans la majorité des cas, la prise en charge d'un décès.

#### **D - LE FINANCEMENT DE SANTE SERVICE LIMOUSIN : LE PRIX DE JOURNEE**

Comme on l'a vu, Santé Service Limousin propose au malade de nombreux biens et services et coordonne à son domicile les interventions éventuelles des différents auxiliaires médicaux, paramédicaux et sociaux.

##### **1°) Le prix de journée ou forfait journalier**

Ce prix de journée, uniforme quelle que soit la condition sociale du malade, permet une prise en charge financière globale des services offerts par l'association et fait l'objet d'une facturation mensuelle adressée à la caisse d'assurance maladie intéressée. Le prix de journée est calculé annuellement

dans un cadre budgétaire déterminé par la C.R.A.M.C.O. et modulé par un taux directeur institué conjointement par les Ministères de la Santé et des Finances.

La proposition du prix de journée, établie d'après le budget prévisionnel de Santé Service Limousin, est comparée au prix de journée de l'année précédente, indexé au taux directeur et définitivement fixé par sa tutelle, la C.R.A.M.C.O.

D'après les textes conventionnels, "les caisses remboursent à l'association les dépenses du service d'hospitalisation à domicile, pour le mois écoulé et pour le malade, sur la base du forfait journalier".

Le montant de ce dernier englobe les prestations de Santé Service Limousin, majorées des frais généraux acceptés par les organismes signataires lors de l'établissement du prix de journée prévisionnel et ce, après production de toutes pièces justificatives.

Pour obtenir le règlement des sommes dues, l'association adresse à chacune des Caisses, avant le dixième jour du mois suivant le mois auquel se rapportent les dépenses, une facture individuelle par malade, en double exemplaire, accompagnée d'un bordereau récapitulatif précisant :

- les noms, prénoms et numéros d'immatriculation de tous les malades traités en H.A.D. pendant le mois écoulé ;
- le nombre de jours d'hospitalisation à domicile de chacun d'eux ;
- la somme à rembourser à Santé Service Limousin pour chaque malade.

Le bordereau est arrêté et certifié exact par le responsable de l'association d'H.A.D. ; il est réglé, en principe, dans le mois qui suit sa remise.



La détermination du prix de journée pour un organisme public est différente. En effet, le service d'H.A.D. publique de Limoges directement rattaché au C.H.R.U. est soumis aux règles de fonctionnement des hôpitaux et, par conséquent, au décret du 11 août 1983 qui régit le budget hospitalier et la dotation globale.

2°) "Contenu" du prix de journée et couverture sociale de l'H.A.D.

Comme à l'hôpital et par le biais du système du tiers-payant, le malade n'a rien à déboursier immédiatement. La prise en charge en hospitalisation à domicile par Santé Service Limousin, confère la **gratuité** des éléments suivants :

- visites à domicile de l'infirmière libérale, du kinésithérapeute (pratiquement systématique) ;
- tous les soins à domicile ;
- le matériel médical à titre de prêt ;
- les transports en ambulance pour examens et consultations ;
- l'aide ménagère éventuelle ;
- la coordination des interventions des différents auxiliaires médicaux et paramédicaux ;
- la réponse aux appels d'urgence la nuit, les dimanches et jours fériés par un service de permanence et de garde ;
- les frais généraux de l'association, bien que non perçus par le malade comme un avantage direct.

En théorie, si le patient ne bénéficie pas d'une couverture à 100 % par son centre de sécurité sociale, Santé Service Limousin lui facture le reliquat des coûts de ses prestations. Ce décompte est ultérieurement remboursé par sa mutuelle comme tous les autres soins ou hospitalisation.

Mais, en pratique, cette éventualité n'est jamais rencontrée dans la mesure où les critères de sélection imposés

pour l'admission en H.A.D. font que les malades bénéficient toujours d'une prise en charge intégrale.

Par ailleurs, il faut noter que le forfait journalier hospitalier (différent du prix de journée de l'H.A.D.) conçu comme frein à la consommation médicale et normalement réclamé dans le cadre d'une hospitalisation classique, ne s'applique pas aux malades admis en H.A.D.

Cependant, certains biens ou services onéreux ne seront pas compris dans le prix de journée :

- les examens de laboratoire ;
- les radiographies, scanners, dopplers, échotomographies... ;
- tout traitement ne pouvant être fait au domicile ;
- les visites du médecin traitant, du médecin spécialiste.

Le paiement à l'acte est la règle pour les médecins libéraux intervenant au titre de l'hospitalisation à domicile. L'acquittement au tarif conventionnel des honoraires dus au médecin traitant ou au médecin spécialiste peut s'effectuer de deux façons, après présentation d'une feuille de soins aux organismes concernés :

- Règlement immédiat des sommes dues au médecin par le malade qui se fait ensuite rembourser par sa caisse de sécurité sociale et sa mutuelle si besoin.

- Versement direct par la caisse au praticien, celui-ci devant donner son accord pour ce mode de rémunération. Cependant, si le médecin est dégagé de la convention, le malade garde à sa charge la différence d'honoraires.

Les frais d'examens de laboratoire, de radiographies diverses et de médicaments sont remboursés au patient par son centre de sécurité sociale et sa mutuelle le cas échéant, comme avant sa prise en charge en hospitalisation à domicile.

En ce qui concerne le ticket modérateur, plusieurs cas de figure peuvent se présenter pour le patient de Santé Service Limousin :

- Soit une prise en charge intégrale par la sécurité sociale dans certaines circonstances bien précises : actes coûteux, affections de longue durée, radiothérapie, hospitalisation de plus de 30 jours (facilement atteinte puisque l'on considère les temps cumulés de l'H.A.D. et de l'hospitalisation traditionnelle préalable).

- Soit le ticket modérateur n'est pas couvert par l'assurance maladie, mais remboursé en partie ou en totalité en cas d'adhésion à une mutuelle complémentaire.

- Soit le ticket modérateur reste à la charge du malade lorsque celui-ci est directement admis à Santé Service Limousin à la suite d'une consultation externe dans un établissement hospitalier public (durée d'hospitalisation inférieure à 30 jours), mais la prescription de tout acte hospitalier efface ce problème dans la mesure où cette disposition est étendue de principe à l'H.A.D. Cette dernière éventualité reste donc exceptionnelle.

Ainsi, en pratique, la totalité des patients bénéficient de l'exonération du ticket modérateur.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'une personne en activité, le patient perçoit la totalité de ses indemnités journalières durant son H.A.D. (en cas d'hospitalisation traditionnelle, l'assuré n'ayant pas à pourvoir à ses frais d'hébergement et de nourriture, leur montant est réduit de un à trois cinquièmes en fonction de la situation de famille).

Lorsqu'elle est accordée par le médecin conseil de la caisse, la prise en charge est d'une durée de 20 jours,

renouvelable selon les mêmes critères que pour l'admission, sur proposition du médecin hospitalier ou du médecin traitant.

### 3°) Approche économique de l'hospitalisation à domicile

Outre le bénéfice psychologique et médical incontestable qu'en retire le malade, l'hospitalisation à domicile offre de nombreux avantages économiques sur plusieurs plans.

#### **α) Les avantages économiques de l'hospitalisation à domicile**

##### a) Au niveau du budget de la santé

Initialement conçue pour décongestionner les établissements existants, l'H.A.D. permet de raccourcir les délais de l'hospitalisation traditionnelle et d'éviter la prolongation jugée abusive de certains séjours. Ceci a pour conséquence immédiate une rotation plus rapide des "lits d'aigus" dans les services de haute technologie et l'apport d'une médecine de pointe à des patients qui le nécessitent réellement.

En effet, de par la densité des examens complémentaires réalisés, les premiers jours d'hospitalisation sont onéreux et leur coût absorbe largement un prix de journée global et unitaire ne tenant pas compte de la nature et de l'intensité des soins pour chaque malade ; mais si l'hospitalisation perdure, privilégiant ainsi la surveillance et l'hébergement au détriment d'une thérapeutique active, l'hôpital peut alors "réaliser des bénéfices".

Tel est le raisonnement des pouvoirs publics qui cherchent à obtenir une optimisation des "lits d'aigus" en diminuant les temps de séjour.

Cette analyse peut s'appliquer à moindre échelle pour Santé Service Limousin, ce qui incite les Caisses à effectuer des contrôles sérieux pour réduire la durée de l'H.A.D. et surtout s'assurer de l'indication médicale d'admission.

D'une façon indirecte, l'H.A.D. limite l'engagement d'investissements supplémentaires pour créer de nouveaux établissements ou agrandir ceux qui existent déjà.

L'hospitalisation à domicile permet d'éviter l'augmentation du prix de journée de certains organismes, en particulier les maisons de retraite possédant des lits de cure. Ces dernières, ayant la possibilité de faire appel, en fonction de leurs besoins, aux services d'H.A.D., peuvent alors se dispenser d'inclure les charges nécessaires à l'installation et au fonctionnement d'une unité médicale dans le calcul de leur forfait journalier. A ce titre, il faut noter que toutes les maisons de retraite de la région ont été récemment déconventionnées en raison d'un forfait journalier trop bas.

D'après les textes conventionnels, le prix de journée de l'hospitalisation à domicile doit être inférieur à la moitié d'un service de médecine en milieu hospitalier traditionnel, d'où la réalisation d'une économie substantielle (bien que très difficile à chiffrer en pratique). Ce "contrat" est pleinement honoré par Santé Service Limousin (voir tableau n° 2 p. 75).

b) Au niveau de Santé Service Limousin

L'hospitalisation à domicile présente d'autres avantages économiques pour le budget de la santé mais qui sont mieux perceptibles au niveau d'une association locale comme Santé Service Limousin :

- réduction des charges financières et des frais de gestion (chauffage, entretien de l'habitat payés par le malade);

**TABLEAU N° 2****EVOLUTION DU PRIX DE JOURNEE DE SANTE SERVICE LIMOUSIN**

=====

**COMPARE A CELUI D'UN SERVICE DE MEDECINE OU DE CHIRURGIE AU**

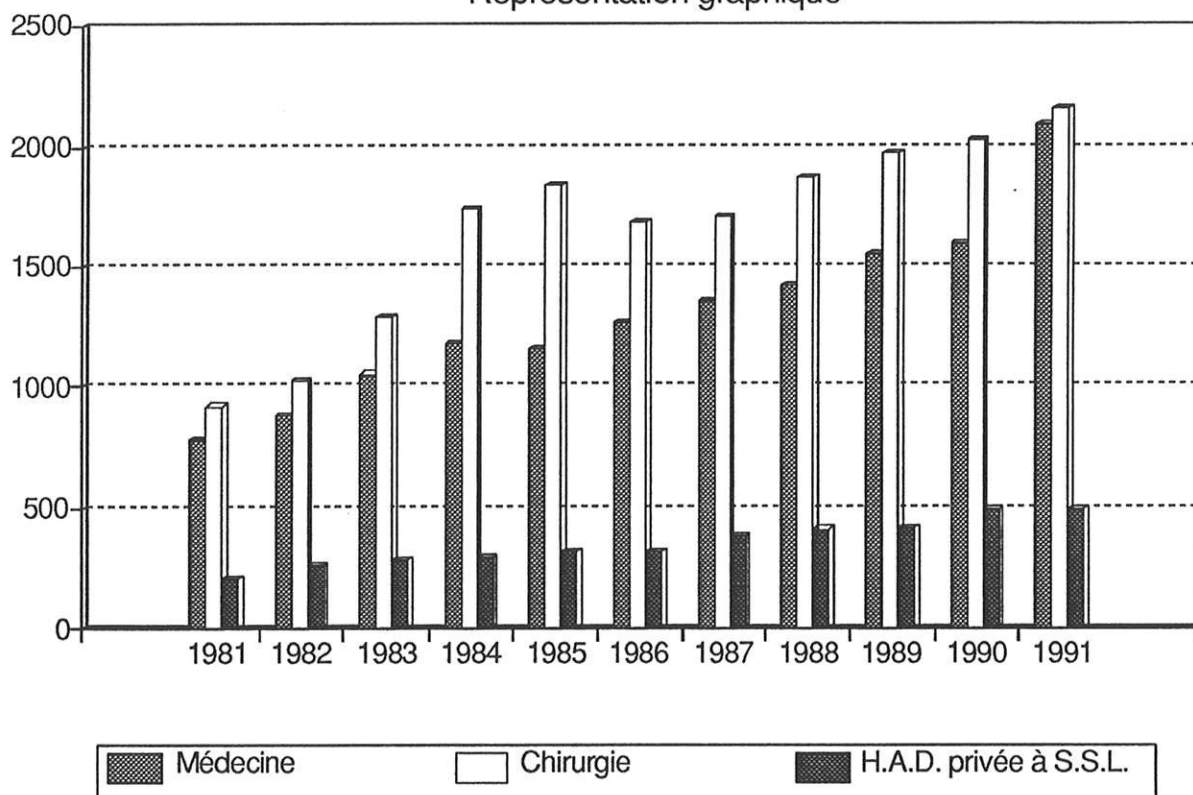
**C.H.R.U. DE LIMOGES**

	<b>SERVICE DE MEDECINE</b>	<b>SERVICE DE CHIRURGIE</b>	<b>H.A.D. PRIVEE DE SANTE SERVICE LIMOUSIN</b>
<b>1981</b>	781,40	918,90	210,00
<b>1982</b>	876,50	1 030,00	263,32
<b>1983</b>	1 054,00	1 285,00	284,38
<b>1984</b>	1 179,00	1 743,00	299,45
<b>1985</b>	1 155,00	1 839,00	316,48
<b>1986</b>	1 263,00	1 681,00	322,00
<b>1987</b>	1 349,50	1 701,00	390,20
<b>1988</b>	1 425,00	1 869,00	412,50
<b>1989</b>	1 552,00	1 969,00	418,05
<b>1990</b>	1 595,00	2 024,00	490,23
<b>1991</b>	2 090,00	2 159,00	490,36

(D'après les chiffres fournis par le service d'analyse de gestion du C.H.R.U. de Limoges).

Evolution du prix de journée de S.S.L.  
comparé à celui d'un service de  
médecine ou de chirurgie du C.H.R.U. de Limoges

-Représentation graphique-



- meilleure rentabilité des équipements individuels remboursés par la Sécurité Sociale qui peuvent être utilisés collectivement par l'intermédiaire de Santé Service Limousin ;

- pour un patient âgé, l'alternative du maintien à domicile permet souvent au conjoint d'être épargné d'une hospitalisation simultanée à titre de "placement" ; d'autre part, l'entourage du malade économise sur le coût et le temps des trajets nécessités par les séjours hospitaliers ;

- enfin, sur le plan social, Santé Service Limousin participe à la formation des aides-soignantes et à la création d'emplois éventuels, ce qui n'est pas négligeable dans une région défavorisée.

#### **β) Les aspects négatifs du système de financement de l'hospitalisation à domicile**

Certains aspects négatifs résultent directement du mode de calcul du forfait journalier, d'autres découlent d'une inadéquation entre un budget "serré" et des prestations sans cesse croissantes en volume et en technicité (alimentation parentérale, S.I.D.A...).

##### **a) Exemple de détermination du prix de journée pour l'année 1991**

L'illustration par un cas concret permettra de mieux appréhender le calcul du prix de journée et le problème du compte administratif qui s'y rattache.

Auparavant, quelques données sont nécessaires à une meilleure compréhension de ce sujet :



. Nombre de journées réalisées par le service d'H.A.D. de Santé service Limousin :

- . 1989 : 5 562
- . 1990 : 6 212
- . 1991 : 5 879

. Capacité du service :

- . 20 lits.

. Nombre de journées réalisées lorsque le service à un taux d'activité de 100 % (journées réalisées/journées réalisables) :

- .  $20 \times 365 = 7\ 300$  journées.  
(Soit 7 320 journées les années bissextiles).

. Budget prévisionnel pour l'année 1991 = 3 407 604 F.

A ce propos, il faut noter que l'H.A.D. privée n'étant pas informée du taux directeur qui sera appliqué, présente donc à sa tutelle un **budget prévisionnel caduque**.

. Budget proposé par la C.R.A.M.C.O. : 3 148 550,86 F.

(Après application du taux directeur au budget de fonctionnement réalisé en 1990).

Ainsi le prix de journée pour une activité maximum de l'hospitalisation à domicile est de :

- .  $3\ 148\ 550,86 / 7\ 300 = 431,30$  F.

A ce budget présenté par la C.R.A.M.C.O., il faut intégrer 50 % du déficit ou du bénéfice réalisé en 1989 (en effet, la

reprise du solde négatif ou positif se fait par moitié à  $n + 2$  et  $n + 3$ , "n" étant l'année).

Or, pour l'année 1989, le service d'H.A.D. a enregistré une perte d'exploitation de 776 106 F. La reprise du déficit en 1991 est donc de :  $776\ 106/2 = 388\ 053$  F, ce qui correspond à  $388\ 053/7\ 300 = 53,16$  F par malade.

Pour l'année 1991, le forfait journalier envisagé par la C.R.A.M.C.O., tenant compte à la fois du budget de fonctionnement et de l'incorporation des résultats antérieurs, se chiffre donc à :

$$. 431,30 + 53,16 = 484,46 \text{ F.}$$

Soit un montant inférieur au prix de journée proposé en 1990 (490,23 F).

En pérénisant ce système délétère, l'association aurait vu son prix de journée décroître de façon inexorable avec, pour corollaire, un déficit toujours accru au fil des ans et une faillite obligée à terme.

C'est pourquoi Santé Service Limousin a refusé l'estimation de ce forfait journalier en raison de la présence d'un biais important. En effet, le taux d'occupation du service d'H.A.D. pour l'année 1991 n'est que de 80,53 %, soit 5 879 journées réalisées et ne permet donc pas une récupération complète du déficit incorporé qui aurait dû être évalué à :

388 053/5 879 soit 66,00 F par malade,  
portant ainsi le prix de journée à :

$$431,30 + 66,00 \text{ F} = 497,30 \text{ F.}$$

La C.R.A.M.C.O. n'a considéré que partiellement le raisonnement tenu par Santé Service Limousin pour sortir de ce cercle vicieux et a limité la hausse du forfait journalier pour l'année 1991 à 490,36 F en se basant arbitrairement sur un taux d'activité du service d'H.A.D. de 90 % (soit 6 570 journées supposées "réalisées").

Toutefois, le prix de journée pour 1991 n'a été déterminé qu'au début de l'année 1992 suite au rejet de la première proposition de forfait journalier par l'association. Par conséquent, Santé Service Limousin a donc facturé ses prestations au tarif 1990 (490,23 F/jour) et n'a pas jugé utile, à ce jour, d'effectuer un rattrapage.

b) Les corollaires d'un forfait journalier restreint

Un forfait minimal ne permet pas d'adhérer à la réalité budgétaire et on a vu certains services (Soins et Santé à Lyon, Santé Service Puteaux) menacer de cesser toute activité à la suite d'un refus de révision de leur forfait journalier en fonction de leurs frais réels prouvés.

En dépit de la négociation d'un prix de journée stationnaire, le service d'H.A.D. de Santé Service Limousin risque fort de périlcliter pour plusieurs raisons et ce malgré une bonne optimisation des structures. En effet, il faut considérer des frais de déplacements importants liés à une capacité d'accueil réduite à 20 lits répartis sur tout le département (actuellement jamais autorisée à augmenter) et à des secteurs d'intervention différents pour les services de S.A.D. et d'H.A.D.

De plus, on note une tendance, de par la volonté des médecins-conseils, à la prise en charge de malades présentant une pathologie de plus en plus lourde.

Il en découle :

- . des interventions plus nombreuses et plus denses auprès des patients avec pour conséquence la suppression quasi totale du rôle social et psychologique des infirmières et aides-soignantes ;

- . une inflation des actes dispensés par les différents auxiliaires paramédicaux, mais néanmoins impératifs aux soins des malades, et qui sont financés par le prix de

journée (infirmière libérale, kinésithérapeute, orthopédistes, orthophonistes, aides-ménagères, transports en ambulance).

Depuis longtemps, en effet, le coût global de ces prestations est en augmentation constante alors que les contraintes budgétaires imposées par les autorités de tarification limitent ces frais d'une année sur l'autre au budget prévisionnel modifié par le taux directeur d'évolution des dépenses.

Ce problème est particulièrement flagrant au niveau des aides-ménagères car le budget alloué à Santé Service Limousin autorise seulement l'attribution de deux heures de service par mois et par malade. Santé Service est donc tenu d'opérer une sélection draconienne des bénéficiaires pour que l'aide-ménagère puisse remplir pleinement son rôle.

Il reste toutefois impensable d'avouer à un malade en cours de traitement que le budget étant "dépassé", il ne pourra plus recevoir ses soins habituels ! Ainsi, tous les postes tenus par les professionnels paramédicaux sont difficilement contrôlables. Tout ceci entraîne des découverts bancaires de plus en plus importants et, bien sûr, des agios non négligeables.

#### c) Prix de journée : mauvais indice

Le prix de journée est le critère de gestion le plus fréquemment utilisé pour établir des parallèles entre les différentes structures d'H.A.D. et les services de médecine traditionnelle. Il est cependant sujet à caution en raison du caractère hétéroclite de son "contenu".

En effet, de par la convention, les services d'H.A.D. publics sont tenus à couvrir davantage de prestations : fourniture de médicaments et produits pharmaceutiques, examens de laboratoire, actes de radiodiagnostic et de radiothérapie;

d'où un forfait journalier toujours supérieur à celui d'un service privé d'H.A.D. (en 1987, ce forfait s'élevait, en moyenne à 505 F pour le secteur public et à 377 F pour le secteur privé).

Enfin, le mode de financement des hôpitaux ayant changé, il devient difficile, pour la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, de contrôler la gestion d'un service public d'H.A.D. dont le budget se trouve dilué dans la dotation globale.

Quant aux services privés, leurs tarifs présentent de grandes disparités selon les conventions passées avec les Caisses Régionales et le nombre plus ou moins important des prestations hors forfait ; le prix de journée des associations sans but lucratif ne reflète donc que partiellement le coût réel de l'H.A.D.

Ainsi, l'absence d'harmonisation des barèmes à l'échelon national rend le critère du prix de journée peu significatif pour mener des études de rentabilité.

L'hospitalisation à domicile est trop onéreuse mais par rapport à quelle référence ?

Il est cependant classique d'effectuer une comparaison avec :

- un service de moyen séjour, convalescents, rééducation fonctionnelle : **1 000 F par jour\*** ;

- un service de soins aigus de médecine : **1 961 F par jour\*** ;

- prix de journée moyen d'H.A.D. : **466 F\***.

- prix de journée de Santé Service Limousin : **431,30 F\***.

(Mais le prix de journée de 1991 récupère partiellement le déficit de 1989, soit une charge quotidienne de 59,06 F, portant ainsi artificiellement le forfait à 490,23 F).

---

\*Tarifs 1991

### c) Les difficultés de gestion liées à la convention

Pour bénéficier de l'hospitalisation à domicile un malade admis dans un service de clinique doit, au préalable être dirigé vers l'hôpital, soit en consultation externe, soit en hospitalisation. Il en résulte :

- des tracasseries administratives et un tourment manifeste pour ces patients qui présentent généralement des pathologies lourdes ;

- un surcroît de démarches pour Santé Service Limousin et donc une perte de temps et d'argent ;

- une dépense inconsidérée des deniers publics (frais ambulanciers, frais de consultation voire d'hospitalisation) qui aurait pu être évitée par l'admission directe en H.A.D. d'un patient issu du secteur privé ;

- un encombrement inutile des services hospitaliers, singulièrement celui des urgences qui assure une grande partie de la ventilation des malades du C.H.R.U. de Limoges et se voit parfois investi, à tort, du rôle de régulateur pour l'admission en H.A.D. Pour faire profiter leurs patients de l'H.A.D., quelques médecins prescrivent, en effet, une hospitalisation de pure forme dans le service des urgences.

D'année en année, sous les pressions financières, le malade se voit offrir par l'H.A.D. un service qui s'éloigne de celui de l'hôpital et risque de se fondre avec celui des soins à domicile.

Les problèmes de gestion, très dommageables pour l'H.A.D., sont multiples et d'origines diverses. Toutefois, aucun d'entre eux ne semble insurmontable et Santé Service Limousin s'attache à mieux en cerner les causes pour proposer des solutions adéquates.

<b>VI - BILAN D'ACTIVITE DU SERVICE D'H.A.D. DE SANTE SERVICE LIMOUSIN</b>
--

Le fonctionnement du service d'H.A.D. est effectif depuis le 01/10/80. Mais selon le volet étudié, les chiffres de certaines années ne seront pas pris en compte en raison de la présence de biais dans les statistiques.

**A - NOMBRE DE MALADES ADMIS**

La capacité d'accueil du service depuis sa création est de vingt places. L'évolution comparative du nombre de patients admis annuellement et du nombre moyen de malades (nombre de journées réalisées/365) est représentée par le tableau n°3 p. 85.

Cela porte à 1 004 le nombre total d'admissions pour la période envisagée.

**B - REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE**

L'hospitalisation à domicile n'est pas, par définition, réservée aux personnes âgées mais elles y sont majoritaires. Cette situation, retrouvée dans tous les services d'H.A.D. de France est d'autant plus marquée dans notre région que la population du Limousin est la plus vieille d'Europe, comme en témoignent les statistiques de Santé Service Limousin.

- 80 % des patients ont plus de 60 ans.
- 57,56 % se situent dans la tranche de 65 à 85 ans.
- 15,45 % ont plus de 85 ans.
- Les femmes totalisent 48,58 % des admissions et les hommes 51,41 %.

Si l'on considère seulement l'année 1987, 65,06 % des patients hospitalisés à Santé Service Limousin ont plus de 65 ans, alors que, pour l'ensemble des structures d'H.A.D., la

TABLEAU N° 3

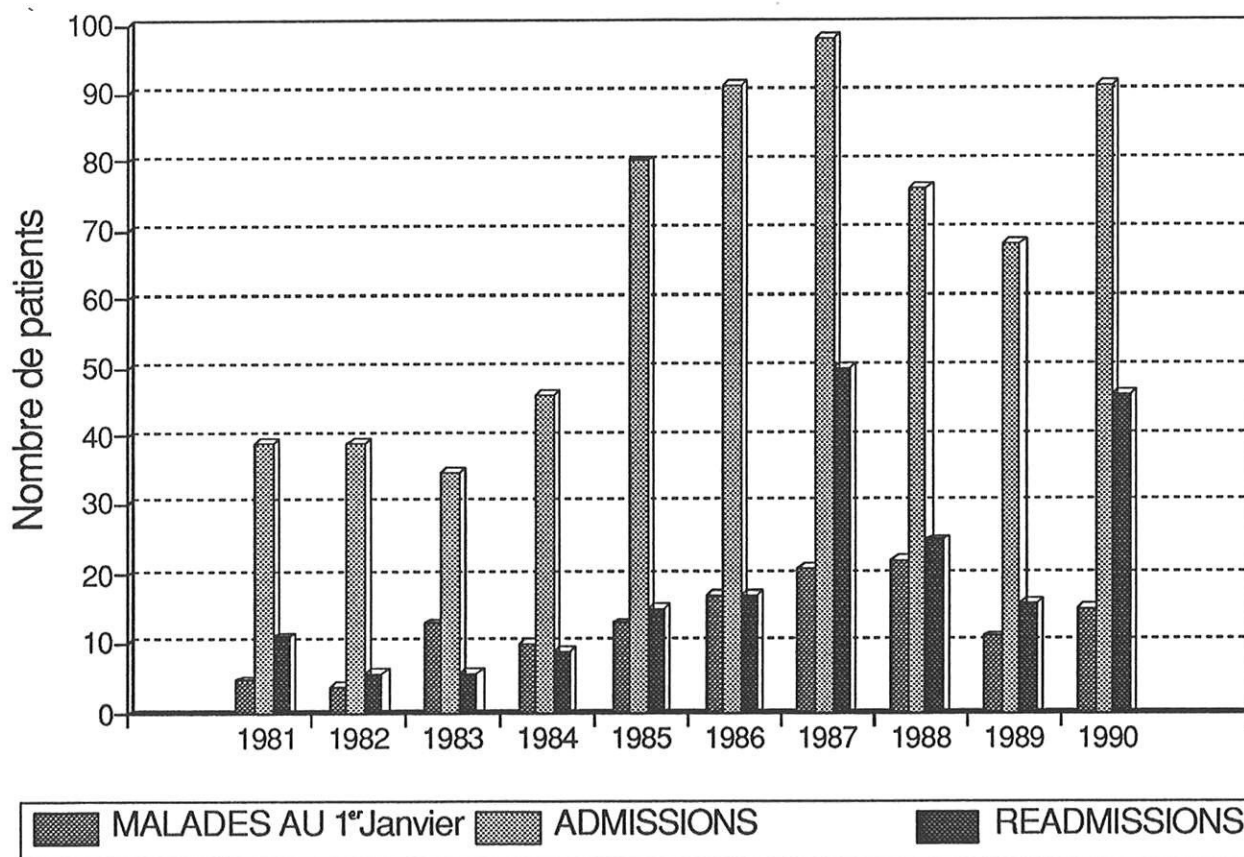
NOMBRE DE PATIENTS ADMIS ANNUELLEMENT ET NOMBRE MOYEN DE MALADES

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL
Malades présents au 1er janvier (sauf pour 1980)	0	5	4	13	10	13	17	21	22	11	15	131
Admissions	9	39	39	35	46	80	91	98	76	68	91	672
Réadmissions	0	11	6	6	9	15	17	50	25	16	46	201
Total	9	55	49	54	65	108	125	169	123	95	152	1004
Nombre moyen de malades	$\frac{274}{91} = 3$	$\frac{1971}{365} = 5,4$	$\frac{2225}{365} = 6,1$	$\frac{2890}{365} = 7,92$	$\frac{2809}{366} = 7,67$	$\frac{5502}{365} = 15,07$	$\frac{6233}{365} = 17,08$	$\frac{7444}{365} = 20,04$	$\frac{7265}{366} = 19,85$	$\frac{5562}{365} = 15,24$	$\frac{6212}{365} = 17,02$	



## Nombre de patients admis annuellement

-Représentation graphique-



## Nombre moyen de malades

-Représentation graphique-

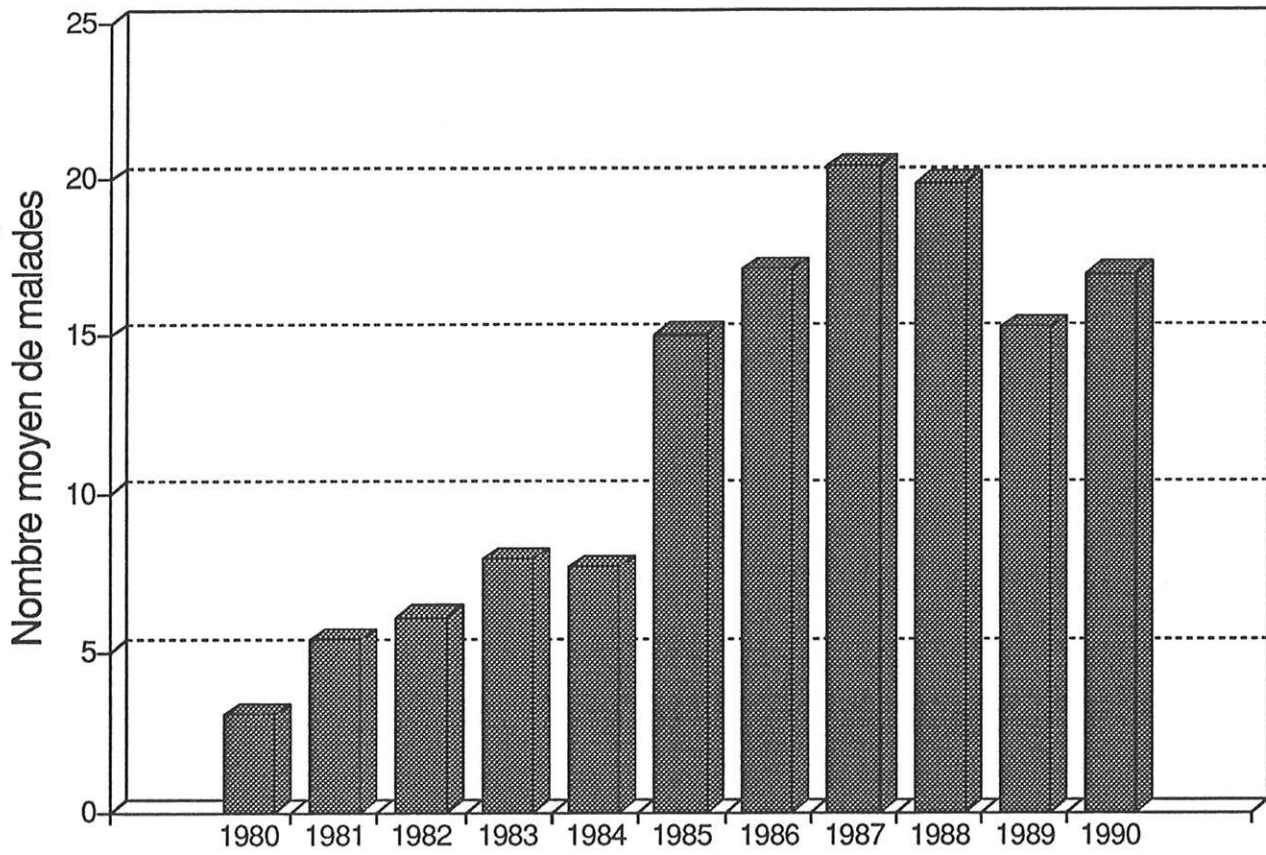


TABLEAU N° 4

## REPARTITION DES MALADES PAR AGE ET PAR SEXE

AGE	1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987		1988		1989		1990		TOTAL	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
0 - 20	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0	0	2	0	0	5	1	9	5
21 - 25	0	0	0	0	2	0	4	0	3	0	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	7	0	22	0
26 - 30	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	6	1	1	2	1	0	1	0	12	3
31 - 35	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	6
36 - 40	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	2	1	2	0	0	2	0	0	0	8	5
41 - 45	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	2	1	4	9
46 - 50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	1	3	1	21	3	28
51 - 55	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7	3	4	2	6	2	3	0	1	0	1	2	25	12
56 - 60	0	0	3	2	1	1	0	1	2	2	1	3	1	2	3	9	5	1	1	1	1	5	18	27
61 - 65	1	0	2	0	2	2	2	1	1	1	3	2	3	4	15	4	7	2	7	3	4	4	46	23
66 - 70	1	1	4	3	1	4	2	1	1	5	2	2	8	1	28	6	13	4	6	3	7	2	72	31
71 - 75	1	1	5	1	1	3	2	9	6	8	8	10	5	9	14	8	11	8	11	2	9	4	72	62
76 - 80	1	1	6	4	3	4	5	5	3	11	12	12	17	17	8	12	11	15	10	14	14	14	86	108
81 - 85	1	1	2	5	9	4	5	5	4	5	3	9	7	14	6	10	5	8	8	8	10	12	59	80
86 - 90	2	0	0	4	0	3	1	5	0	5	1	13	4	9	9	6	3	6	4	4	10	5	32	60
91 - 95	0	0	0	2	0	1	2	2	1	2	1	10	1	7	0	1	3	6	0	3	1	6	9	40
> 95	1	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	2	10
nombre d'entrées	3	6	25	25	21	28	21	33	24	41	40	68	57	68	103	66	63	60	53	42	74	78	481	509
Age moyen	76	67	72	76	64	64	74	74	66	66	75	73	73	73	67	67	72	72	79	79	67	67	67	

## Répartition des patients par âge et par sexe de 1981 à 1990

-Représentation graphique-

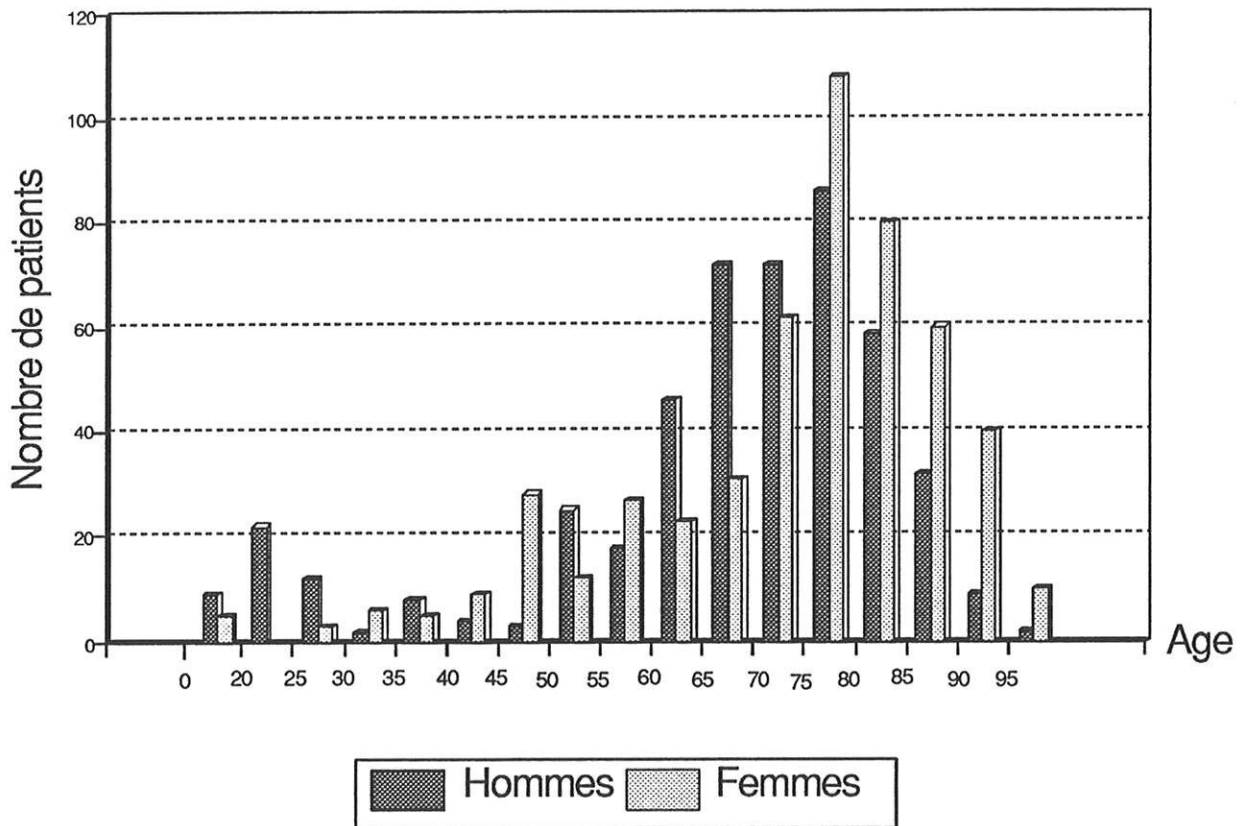


TABLEAU N° 5**REPARTITION DES MALADES PAR AGE**

=====

(Année 1981 à 1990 incluse)

TRANCHES D'AGES	NOMBRE DE MALADES	POURCENTAGE
De 0 à 20 ans	14	1,41 %
De 21 à 25 ans	22	2,22 %
De 26 à 30 ans	15	1,51 %
De 31 à 35 ans	8	0,80 %
De 36 à 40 ans	13	1,31 %
De 41 à 45 ans	13	1,31 %
De 46 à 50 ans	31	3,13 %
De 51 à 55 ans	37	3,73 %
De 56 à 60 ans	45	4,54 %
De 61 à 65 ans	69	6,97 %
De 66 à 70 ans	103	10,40 %
De 71 à 75 ans	134	13,53 %
De 76 à 80 ans	194	19,59 %
De 81 à 85 ans	139	14,04 %
De 86 à 90 ans	92	9,29 %
De 91 à 95 ans	49	4,95 %
Plus de 95 ans	12	1,21 %
<b>TOTAL</b>	<b>990</b>	<b>100 %</b>

moyenne nationale des personnes âgées de plus de 65 ans et de 43 %. Ce pourcentage ne représente plus que 33 % pour les deux grands services de la région parisienne : H.A.D.-A.P.H.P. et Santé Service Puteaux (mais il convient de préciser l'existence d'une équipe pédiatrique à l'Assistance Publique).

**C - ORIGINE DE L'APPEL**

L'origine de la prise en charge en H.A.D. pour les années 1989 et 1990 peut se résumer par le tableau suivant :

**TABLEAU N° 6**

<b>ORIGINE DE L'APPEL</b>
---------------------------

ORIGINE	1989	1990
Famille	35	27
Hôpital	37	96
Assistante Sociale	6	3
Praticien	17	22
Infirmière libérale	/	1
Autres	/	3
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>152</b>

#### D - LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE

D'après la convention élaborée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, "le malade pouvant bénéficier de l'H.A.D. est celui dont l'état, du fait de l'évolution clinique, ne justifie plus un séjour en établissement de soins mais nécessite une surveillance active, et pour lequel les soins envisagés imposent des interventions fréquentes et complexes des médecins et des auxiliaires médicaux qui ne peuvent être donnés ni par des établissements du type maison de convalescence ou maison de repos, ni par les structures habituelles de soins à domicile".

Si l'éventail des maladies concernées par l'hospitalisation à domicile est étendu, il faut cependant noter un critère de restriction qui guide l'avis du médecin conseil sur la prise en charge et son renouvellement.

Ainsi, ne seront pas retenus les patients atteints de maladies psychiatriques qui relèvent d'un secteur de soins spécifique.

Cette condition complète celles précédemment énumérées pour la sélection des personnes admises en H.A.D. (séjour préalable dans un établissement hospitalier, parfois consultation externe).

D'une manière générale, l'hospitalisation à domicile s'adresse donc à une multiplicité de cas. Cependant, on constate actuellement une proportion élevée de personnes âgées et de pathologies tumorales. En effet, l'H.A.D. s'adapte de façon très satisfaisante aux traitements des affections cancéreuses.

TABLEAU N ° 7

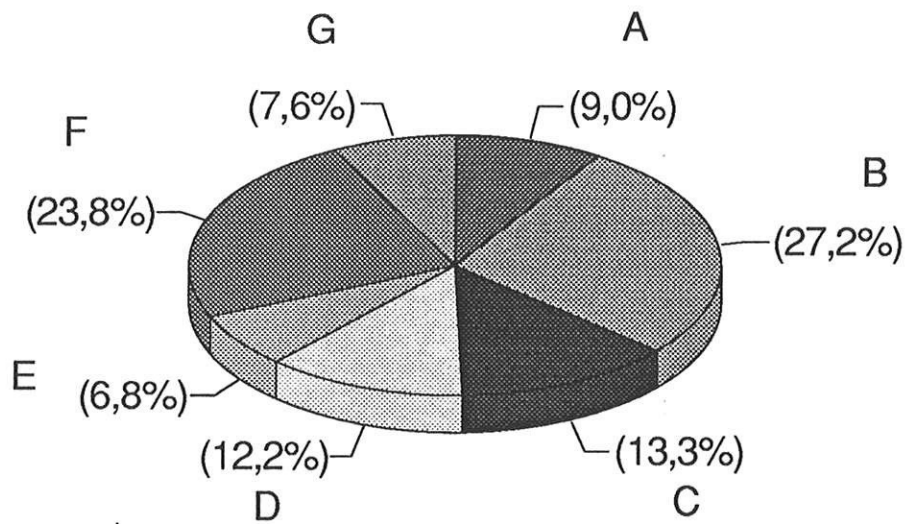
LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE  
=====

PATHOLOGIE	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL	%
Urologie	1	1	/	/	/	/	/	30	14	21	23	90	9,01
Néphrologie													
Cancérologie	2	8	10	20	17	14	23	61	37	24	56	272	27,23
Affections vasculaires	1	7	/	/	11	23	20	21	17	17	16	133	13,31
Affections neurologiques	3	16	11	6	6	7	4	14	31	6	18	122	12,21
Cardiologie	/	/	15	9	3	9	7	6	13	3	3	68	6,81
Appareil locomoteur	1	8	8	14	22	37	40	37	11	24	36	238	23,82
Divers	1	10	5	5	6	18	31	/	/	/	/	76	7,61
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>54</b>	<b>65</b>	<b>108</b>	<b>125</b>	<b>169</b>	<b>123</b>	<b>95</b>	<b>152</b>	<b>999</b>	<b>100 %</b>



## Les pathologies prises en charge

-Représentation graphique-  
( année 1980 à 1990 incluse )



A: Urologie-Néphrologie

B: Cancérologie

C: Affections vasculaires

D: Affections neurologiques

E: Cardiologie

F: Appareil locomoteur

G: Divers

En pratique, les indications les plus fréquentes de l'H.A.D. sont les suivantes :

- 1 - Cancers et hémopathies
- 2 - Affections cardiovasculaires
  - . insuffisance cardiaque,
  - . complications graves de phlébites des membres inférieurs,
  - . artérite des membres inférieurs en poussée évolutive.
- 3 - Lésions de l'appareil locomoteur
  - . suites opératoires en traumatologie,
  - . polyarthrite chronique évolutive en poussée.
- 4 - Affections neurologiques
  - . Paraplégie, tétraplégie, poussée aiguë de sclérose en plaques.
- 5 - Cirrhose décompensée
- 6 - Suites d'interventions chirurgicales graves

Pour les autres affections, l'hospitalisation à domicile est d'indication plus rare.

Etant donné la proportion très importante des personnes âgées présentant une polypathologie, seul sera retenu le motif principal d'hospitalisation pour établir un classement.

**- Cancérologie : 27 %**

Une fois le schéma thérapeutique instauré, le retour précoce au domicile de ces patients est capital, car il procure un soutien moral indispensable au malade et à sa famille, sans compromettre une qualité technique de soins identiques à ceux prodigués à l'hôpital.

Pour la chimiothérapie à domicile, l'H.A.D. met alors à la disposition du médecin traitant des équipes de professionnels avertis et un matériel performant pour exécuter les prescriptions spécifiques (infuseur "Baxter", pousse-seringues, aiguilles tubaires courbes et droites). La haute technicité des soins exige un recyclage permanent du personnel dont la formation continue est la meilleure garantie.

En conciliant les critères médicaux, les impératifs techniques et le soutien psychologique du malade, l'H.A.D. trouve, en cancérologie, une véritable dimension humaine et constitue, par conséquent, une indication de choix dans ce domaine.

Plus du quart des patients de Santé Service Limousin est concerné par cette pathologie mais, à l'échelon national, pour l'année 1987, cette fraction atteint 40,5 % du recrutement des structures d'H.A.D. publique et 55,4 % pour l'H.A.D. privée. Ainsi, on constate actuellement une plus grande incidence de la cancérologie aux dépens de la traumatologie.

Il faut rappeler que cette indication a été à l'origine de la création de plusieurs services d'H.A.D. en particulier Santé Service Nanterre à Paris.

**- Appareil locomoteur : 24 %**

Très nette prédominance des :

- . fractures du col du fémur (nombreuses chez les personnes âgées),
- . polytraumatismes après accident de la voie publique.

Ces patients, plus jeunes, nécessitent une assistance du fait de leur handicap temporaire qui diminue leur autonomie (fréquence des doubles fractures).

En France, pour l'année 1987 :

- H.A.D. publique = 9,08 %
- H.A.D. privée = 9,03 %.

**- Maladies cardiovasculaires**

Ces affections ont une place relativement importante car il s'agit de la première pathologie rencontrée chez la personne âgée. Elles sont représentées essentiellement par les poussées d'insuffisance cardiaque ou par les suites opératoires pour artérite (amputation, sympathectomie).

En France, pour l'année 1987 :

- H.A.D publique : 10,43 %
- H.A.D. privée : 11,03 %.

**E - DUREE DE SEJOUR ET TAUX D'OCCUPATION**

Tendance à la croissance jusqu'en 1988 avec 59,07 jours, puis diminution en 89 et 90 pour atteindre une durée moyenne de séjour de 40,87 jours.

Parallèlement, augmentation du taux d'occupation jusqu'en 1987 et amorce d'une diminution pour atteindre 85 % en 1990 avec un nombre journalier moyen de malades de 17,02.

A l'échelon national, la durée de séjour moyenne diminue régulièrement depuis plusieurs années, ce qui correspond à une volonté de maîtrise des dépenses de santé par les gestionnaires des caisses.

Mais, à titre d'exemple, une division par deux des durées moyennes de séjour équivaut à une multiplication par deux du patrimoine en lits et se traduit par la capacité théorique de doubler le nombre des admissions.

Ainsi, les stratégies possibles pour obtenir un meilleur rendement sont donc :

- maintenir le nombre de lits en admettant de fortes diminutions du taux d'occupation ;
- supprimer des lits ;
- transformer les lits libérés supposant une moindre densité d'actes techniques par journée ;
- augmenter le nombre d'admissions.

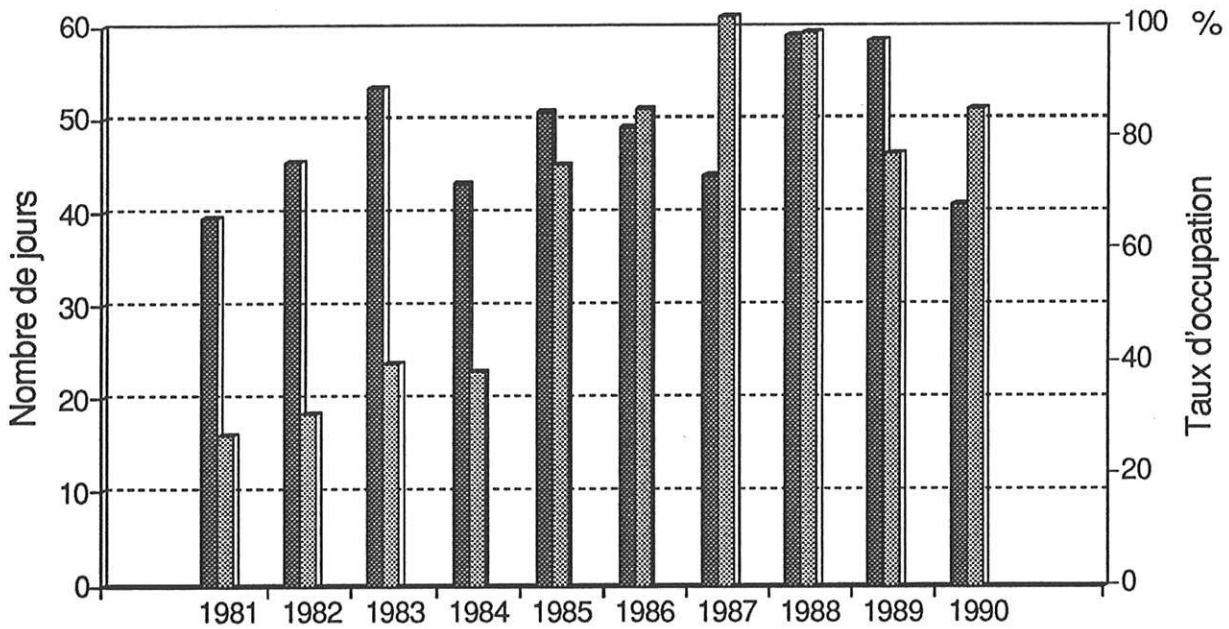
TABLEAU N° 8

## DUREE DE SEJOUR ET TAUX D'OCCUPATION

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Durée moyenne de séjour (jours)	30,44	39,42	45,41	53,52	43,22	50,94	49,86	44,05	59,07	58,55	40,87
Nombre de journées réalisées/nombre de malades	$\frac{274}{9}$	$\frac{1971}{50}$	$\frac{2225}{49}$	$\frac{2890}{54}$	$\frac{2809}{65}$	$\frac{5502}{108}$	$\frac{6233}{125}$	$\frac{7444}{169}$	$\frac{7265}{123}$	$\frac{5562}{95}$	$\frac{6212}{152}$
Taux de rotation (%)	0,45 $\frac{9}{20}$	2,50 $\frac{50}{20}$	2,45 $\frac{49}{20}$	2,70 $\frac{54}{20}$	3,25 $\frac{65}{20}$	5,40 $\frac{108}{20}$	6,25 $\frac{125}{20}$	8,45 $\frac{169}{20}$	6,15 $\frac{123}{20}$	4,75 $\frac{95}{20}$	7,60 $\frac{152}{20}$
Taux d'occupation (%)	15,05 $\frac{274}{1820}$	27 $\frac{1971}{7300}$	30,47 $\frac{2225}{7300}$	39,59 $\frac{2890}{7320}$	38,37 $\frac{2809}{7300}$	75,37 $\frac{5502}{7300}$	85,38 $\frac{6233}{7300}$	102 $\frac{7444}{7300}$	99 $\frac{7265}{7320}$	77 $\frac{5562}{7300}$	85 $\frac{6212}{7300}$
Durée moyenne de séjour en France - (1976 = 69).			52		49	48	46	45			
Nombre moyen de malades	3	5,4	6,1	7,92	7,67	15,07	17,08	20,4	19,85	15,24	17,02

## Durée moyenne de séjour et taux d'occupation

-Représentation graphique-



DUREE MOYENNE DE SEJOUR



TAUX D'OCCUPATION

C'est cette dernière voie que Santé Service Limousin s'efforce de développer d'autant plus que les besoins théoriques de la région Limousin sont nettement supérieurs à la capacité d'accueil du service.

#### **F - MOTIFS DE SORTIE**

La convention type prévoit que la "fin du séjour en hospitalisation à domicile est prononcée sur proposition du médecin traitant à domicile, éventuellement en accord avec le praticien hospitalier, par le directeur de l'association (ou le directeur du centre hospitalier) avec l'agrément du médecin conseil de la caisse intéressée".

Bien sûr, la nécessité d'une hospitalisation traditionnelle met immédiatement fin à l'hospitalisation à domicile. Dans tous les cas, l'arrêt de la prise en charge doit résulter d'une large consultation de l'ensemble de l'équipe qui a entouré le malade tant au domicile qu'à l'hôpital d'origine.

C'est souvent un moment délicat si le patient n'est pas guéri mais que son état ne nécessite plus l'environnement lourd d'une hospitalisation à domicile : il entre alors dans le cadre des soins ambulatoires, dans celui des soins à domicile ou de l'aide au maintien à domicile des personnes âgées. Le changement de prise en charge est parfois mal ressenti par le malade ou sa famille.

Ainsi la difficulté d'articulation avec les autres formules de soins peut, dans certains cas, conduire à une prolongation de l'hospitalisation à domicile qui n'est plus médicalement justifiée.

C'est pourquoi de nombreux services d'H.A.D., dont Santé Service Limousin, gèrent parallèlement un service de soins à domicile.

TABLEAU N° 9

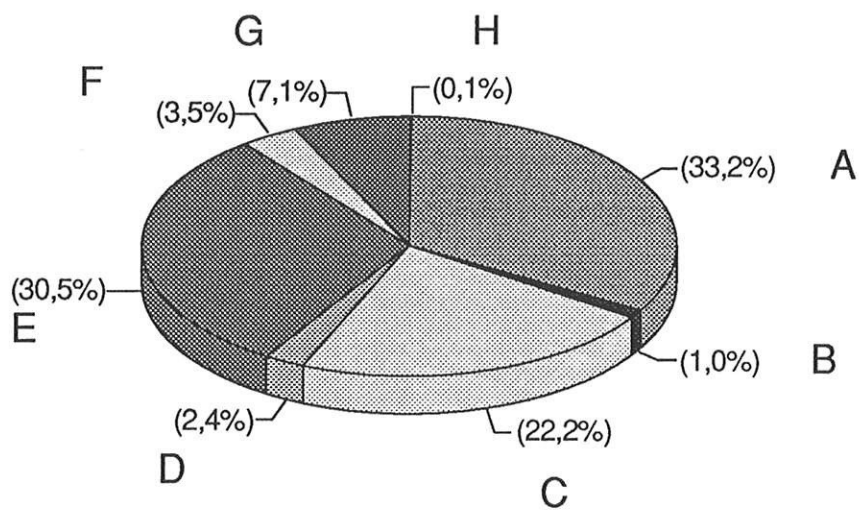
MOTIFS DE SORTIE

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL et %
Nombre de sorties	4	46	37	44	59	91	104	147	112	80	138	862 100%
Réhospitalisations	2	16	12	15	19	27	33	62	42	24	34	286
Sorties par Santé Service Limousin	50	34,78	32,43	34,09	32,20	29,67	31,73	42,18	37,50	30	24,64	33,18
Décédés	1	3	7	4	4	35	35	41	39	28	67	263
Arrêt par le contrôle médical	25	6,53	18,92	9,09	6,78	38,46	33,65	27,89	34,82	35	48,55	30,51
Passage en soins à domicile	1	15	9	14	11	15	19	30	24	19	34	191
Médecin traitant	25	32,61	24,33	31,83	18,65	16,49	18,27	20,41	21,43	23,75	24,64	22,16
Arrêt par la famille	1	4	5	5	4	9	13	9	4	5	2	61
Maison de rééducation	25	8,70	13,51		6,78	9,89	12,50	6,12	3,57	6,25	1,45	7,08
		5	3	5	17							30
		10,87	8,11		28,82							3,48
		1			3	5	4	5	3			21
		2,17			5,08	5,49	3,85	3,40	2,68			2,44
		1	1	1	1					4	1	9
		2,17	2,70	2,27	1,69					5	0,72	1,04
		1										1
		2,17										0,11



## Motifs de sortie

-Représentation graphique-



A: Réhospitalisations      B: Arrêt par la famille      C: Décédés  
 D: Médecin traitant      E: Sortie par S.S.L.      F: Passage en S.A.D.  
 G: Arrêt par le contrôle médical      H: Maison de rééducation

"Il est sans doute souhaitable qu'au moins dans un premier temps, ce soit la même équipe qui puisse intervenir dans le cadre de l'hospitalisation à domicile puis au titre des soins à domicile, de façon à assurer suivi et continuité dans la prise en charge et préparer plus commodément le passage à une autre structure".

Les motifs de sortie du service d'H.A.D. de Santé Service Limousin se décomposent de la façon suivante, (du 01/10/80 au 31/12/90) :

\* 33,18 % de réhospitalisations en services hospitaliers conventionnels

Cela confirme la gravité des affections des patients admis en H.A.D. et la nécessité d'une réhospitalisation lorsque le malade devient une "charge" trop lourde pour l'entourage (pathologie très invalidante, durée d'H.A.D. longue).

Par ailleurs note le Ministère concerné, "les pourcentages de réhospitalisation sont à examiner avec prudence car, dans certains cas, il s'agit de réhospitalisations suivies de décès, dans d'autres cas, elles font partie du traitement et le malade peut être repris en hospitalisation à domicile ensuite. Enfin, les réhospitalisations ne sont pas toujours signe d'aggravation".

\* 30,51 % des sorties sont prononcées par Santé Service Limousin pour une réinsertion à domicile sans structure de soutien.

\* 22,16 % de décès

Une des attributions importantes de l'H.A.D. est de permettre l'accompagnement des sujets agonisants qui ont exprimé le désir de mourir à domicile. Ainsi, lorsque l'issue fatale reste inéluctable, le voeu intime de passer ses derniers jours parmi les siens est respecté.

TABLEAU N° 10

REPARTITION DES SORTIES EN 1987 POUR SANTE SERVICE LIMOUSIN  
ET LES SECTEURS PRIVE ET PUBLIC D'H.A.D.

	SSL	HAD PRIVEE	HAD PUBLIQUE
Fin de prise en charge	37,41%	57 %	56 %
Décès	20,41%	11 %	7 %
Réhospitalisation	42,18%	36 %	36 %

Enquête réalisée sur 22 services d'H.A.D. privée et 10 services d'H.A.D. publique.

VII - LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE EN H.A.D.
---

Ces limites sont d'autant plus importantes à étudier qu'elles constituent des paramètres, sinon des freins à l'hospitalisation à domicile susceptibles d'influer sur l'activité et le bon fonctionnement d'un service.

Nous mettrons en exergue celles qui peuvent évoluer avec une amélioration de ce système de soins et favoriser ainsi le rendement optimal de Santé Service Limousin avant d'ouvrir la porte à d'éventuelles perspectives de développement.

Dans un deuxième temps, nous envisagerons les frontières intangibles de l'H.A.D. dictées par sa définition même.

#### A - ARRETEES PAR LA SECURITE SOCIALE

Elles résultent des conditions d'admissions fixées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie à travers la convention type de 1974 ; il peut être utile de les rappeler car ces limites sont appelées à progresser.

##### 1°) Concernant l'origine des patients

"Ne peuvent être admis en H.A.D . que les malades déjà hospitalisés dans un établissement participant ou associé au service **public** hospitalier ou, exceptionnellement, ayant été examinés au titre d'une consultation externe, dans les services de disciplines particulières et dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours permanent à une équipe et à un appareillage hospitaliers, requiert encore une surveillance et des soins actifs".

Cette conception est donc doublement restrictive en rendant obligatoire une hospitalisation préalable dans un établissement public et en écartant les cliniques privées du système.

Pour le Dr Thielley, fondateur de Santé Service Bayonne, on touche là un des problèmes particuliers à l'hospitalisation à domicile de province : "Dans les grands centres urbains, un organisme (voire plusieurs) peut très bien fonctionner en liaison avec les seuls hôpitaux publics, dotés de milliers de lits. Mais ailleurs, où la taille des hôpitaux est beaucoup plus modeste, comment pourra-t-il le faire avec ce seul recrutement ne lui permettant pas d'atteindre une capacité suffisante".

Ainsi, pour Paris où le nombre de lits des établissements publics est considérable, on conçoit fort bien que le potentiel de malades couvre largement les besoins cumulés de Santé Service Puteaux et de l'H.A.D. de l'Assistance Publique.

Mais en Haute-Vienne où les hôpitaux sont de dimensions plus restreintes, sans centre anticancéreux, comment croire que le seul drainage des patients, auparavant hospitalisés dans un établissement public, permettra de faire vivre une association d'hospitalisation à domicile ?

En effet, même si un organisme d'H.A.D. est géré d'une façon stricte et rationnelle, il existe des frais généraux de base incompressibles qu'il faut compenser par les rentrées d'argent provenant du remboursement d'un minimum de prises en charge.

Par ailleurs, l'assujettissement des malades de Santé Service Limousin à une hospitalisation publique préalable peut paraître incohérente si l'on considère les nombreux services d'H.A.D. de France accueillant aussi bien des patients issus du secteur public que du secteur privé lucratif ou non (cf tableau p. 107).

A titre d'exemple la convention signée par le service d'H.A.D. de Nantes stipule : "Ne peuvent être admis en H.A.D.

TABLEAU N° 11

## ORIGINE PUBLIQUE OU PRIVEE DES PATIENTS

VILLE	NOM	PUBLIC OU PRIVE	ORIGINE DES MALADES				CAPACITE
			PU	! Pr L	! Pr NL		
AMIENS	M. LATURELLE	PRIVE	X	-	X	HAD : 28 SAD : 90	
ANGOULEME	M. DESCLIDES	PRIVE	X	X	X	HAD : 150 SAD : 450	
BAGNOLET	Mme BURON	PRIVE	X	-	X	HAD : 160	
BAYONNE	M. BARATCHART	PRIVE	-	-	X	HAD : 45 Chroniques lourdes : 40 SAD : 300	
CAEN	Mme PATTI	CROIX ROUGE	X	X	X	HAD : 30 SAD : 104	
CANNES	Mme BIZAT	PUBLIC	X	-	-	HAD : 25	
DAX	M. GARCIA	PRIVE	X	X	X		
GRENOBLE	Mme GUYOT	PUBLIC	X	-	X	HAD : 90      60 adultes 20 matern. 10 pédiat.	
LAMALOU	M. BAQUE	PUBLIC	X	-	-	HAD : 1 * : 70 **	
LENS	M. HERMANT	PRIVE	X			HAD :	
LYON	Mme VIENNOIS	PRIVE	X	X	X	HAD : 230 SAD : 30	
MARSEILLE	M. DUPONT	PRIVE	X	X	X	HAD : 60 SAD : 45	
MONTFERMEIL	M. CASTAING	PUBLIC	X	-	-	HAD : 20	
MULHOUSE	Melle DIEBOLD	PUBLIC	X	-	-	HAD : 20	
NANTES	Melle MEISSAN	PRIVE	X	X	X	HAD : 80	
NICE	Mme BIJU DUVAL	PRIVE	X	X	X	HAD : 110	
PARIS	Mme DULEU	PUBLIC	X	-	-	Pas de capacité plafond	
PAU	M. FONQUERNIE	PUBLIC	X	-	-	HAD : 20	
REIMS	Mme CROISEAUX	CROIX ROUGE	X	X	X	HAD : 25	
ROANNE	M. DUMAS	PUBLIC	X	-	-	HAD : 20 SAD : 20	
RODEZ	Mme PARGUEL	Mutualité	X	X	X	HAD : 30 Palliatif : 2 SAD : 277	
ST NAZAIRE	Mme BERROY	PUBLIC	X	X	X	HAD : 15	
SOISSONS	Mme CABAU	PRIVE	X	-	X	HAD : 20	
TOULON	M. NEGRO	PRIVE	X	X	X	HAD : 57 SAD : 20	
TOULOUSE	Mme LOEFFEL	PUBLIC	X	-	-	HAD : 15	

PU = Public - Pr L = Privé Lucratif - Pr NL = Privé non lucratif

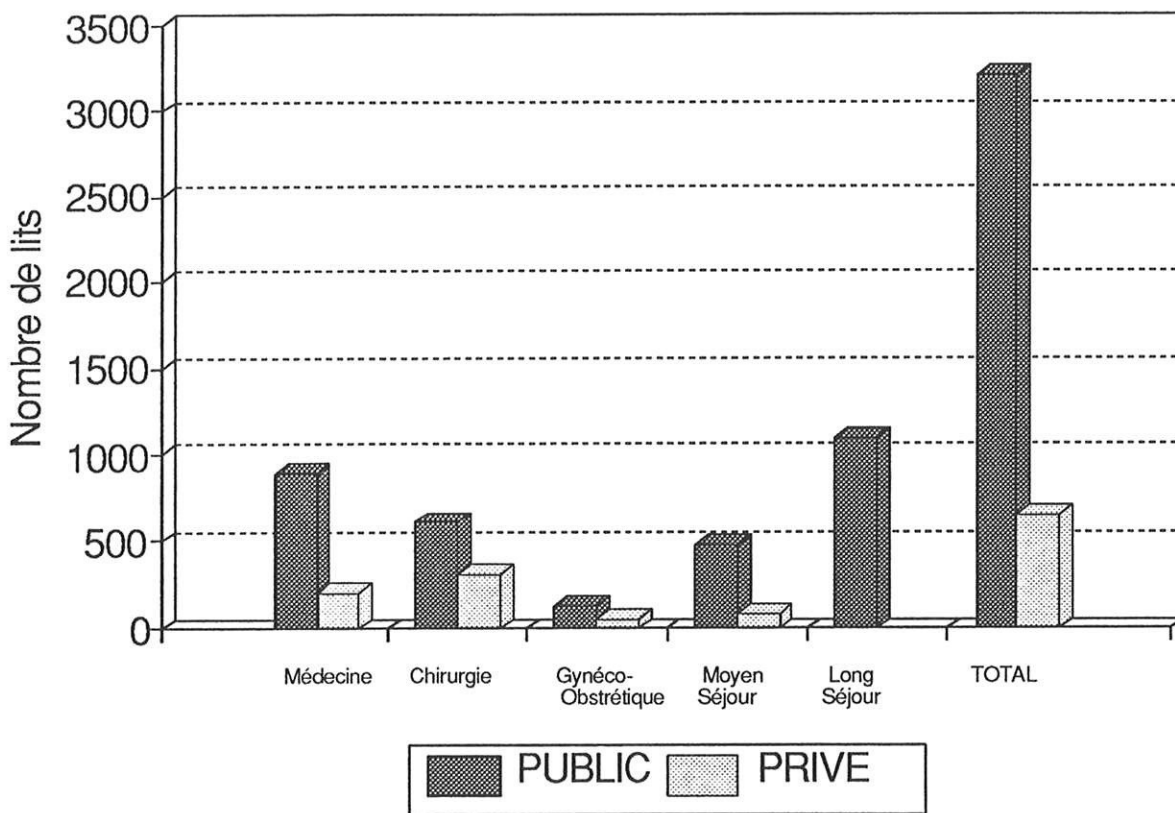
TABLEAU N° 12

<b>NOMBRE DE LITS PUBLICS ET PRIVES EN HAUTE-VIENNE POUR L'ANNEE 1990</b>
---

SERVICE	PUBLIC	PRIVE
Médecine	899	205
Chirurgie	613	307
Gynéco-obstétrique	124	49
Moyen-séjour	479	81
Long-séjour	1 090	/
<b>TOTAL</b>	<b>3 205</b>	<b>642</b>

## Nombre de lits publics et privés en Haute-Vienne en 1990

-Représentation graphique-





que les malades déjà hospitalisés dans un établissement public ou privé..."

Certes, les deux associations ne dépendent pas de la même tutelle administrative mais on peut néanmoins s'étonner que certaines "facilités" ou "tolérances" soient accordées à l'une et pas à l'autre. Y-a-t-il "deux poids et deux mesures" dans ce domaine ou les services d'H.A.D. doivent-ils, en somme, alléger aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie ?

Si l'H.A.D. peut être prescrite par l'hôpital au malade, elle devrait aussi pouvoir être demandée par ce dernier et obtenue, si les critères requis sont respectés.

Ainsi, constate le Dr Negro (Directeur de l'H.A.D. de Toulon) : "la règle qui veut que l'H.A.D. soit ouverte uniquement aux malades hospitalisés ou vus en consultation dans les services publics, constitue une violation du libre choix par le malade de son médecin et de son lieu d'hospitalisation. Le désir, pour un patient, de bénéficier de l'hospitalisation à domicile le contraint à se faire traiter uniquement dans le secteur public".

La F.N.E.H.A.D. abonde également dans le sens du respect du libre choix du malade : "l'admission en H.A.D. doit pouvoir être proposée par le médecin hospitalier ressortissant d'un établissement privé à but lucratif ou par le médecin traitant, soit directement, soit après consultation conjointe avec un médecin hospitalier" à condition que soit rigoureusement défini le "profil médico-économique" du malade relevant de ce mode de prise en charge et sous réserve, également, de l'accord du médecin-conseil, afin d'éviter les abus que cet élargissement des textes actuels pourraient générer.

On l'a vu, certaines caisses régionales ont assoupli leur position et acceptent que des prises en charge soient accordées pour des patients issus du secteur hospitalier privé. C'est le

cas à Santé Service Bayonne qui s'adresse à tous les malades "lorsqu'ils ont été hospitalisés ou devraient l'être, dans un établissement de soins public ou privé, dès lors qu'il s'agit de malades atteints d'une affection de longue durée ou nécessitant des soins continus".

Santé Service Bayonne prend donc en charge des malades venus des cliniques privées et réalise, en outre, une véritable **hospitalisation en amont** à la seule demande du médecin traitant.

Malheureusement, le cas de Santé Service Bayonne reste une exception qui n'a pas encore fait "jurisprudence" dans ce domaine et la non généralisation de ce dispositif crée une discrimination entre secteur privé et public et des inégalités d'un malade à l'autre selon son lieu d'habitation. Ainsi, alors que seul l'état du patient justifie le recours ou non à l'H.A.D., la nature de l'établissement où il est hospitalisé demeure un préalable absolu à toute décision.

En conclusion, on peut s'interroger sur le bien fondé de cette mise à l'écart du secteur privé qui occasionne des charges financières non négligeables à la collectivité d'autant plus que ces règles rigoureuses sont parfois contournées dans les faits par des biais bien connus des médecins-conseils des caisses d'assurance maladie.

## 2°) Concernant l'état des patients

Toujours d'après la convention-type élargie par les différentes circulaires de la C.N.A.M.T.S., et comme nous l'avons déjà vu au chapitre des pathologies prises en charge, "l'H.A.D. s'adresse aux patients dont l'état :

- ne doit plus justifier d'un séjour dans un établissement hospitalier ;

- doit néanmoins nécessiter une surveillance et des soins actifs et impose des interventions fréquentes et complexes des médecins et des auxiliaires médicaux.

Ces soins ne pouvant être donnés ni par des établissements de type maison de convalescence ou maison de repos, ni par des structures habituelles de soins à domicile".

Certains signes de désenchantement sont perçus dans quelques caisses de sécurité sociale qui remettent en question le gain supposé réalisé par l'H.A.D. et se montrent réticentes à l'égard de malades chroniques qui risquent de s'installer dans le confort d'un traitement réservé aux malades "en phase aiguë".

Initialement, réduire de moitié le coût d'une hospitalisation représentait une économie inespérée. A l'usage, le système d'hospitalisation à domicile, conçu à son origine comme une suite logique à l'hospitalisation traditionnelle, a pu, parfois, faciliter le passage d'une affection aiguë à la chronicité. Les malades indésirables dans les services de haute technicité le restent dans les services de l'H.A.D.

Les frontières entre phase secondaire d'une affection aiguë et chronicité sont mal délimitées.

Après avoir transféré un malade en son domicile, il est bien difficile ensuite de le replacer dans un établissement de long séjour (s'il se trouve une place disponible...) sous le prétexte que son état a changé d'étiquette.

En revanche, il ne faut pas sous estimer un facteur important dans le passage involontaire à la chronicité : elle est parfois favorisée par le manque d'engouement des équipes libérales à prendre en charge des malades "lourds" qui nécessitent une assistance et des soins constants importants

prolongeant ainsi un séjour en H.A.D. qui n'est plus médicalement justifié.

l'H.A.D. aujourd'hui correspond à un niveau de prestation intermédiaire entre l'hospitalisation pour une affection aiguë et les soins de ville : il ne s'agit donc ni de convalescents, ni de malades aigus, ni de malades ambulatoires.

Ainsi, pour la tutelle administrative, "l'H.A.D. peut être la meilleure ou la pire des méthodes de soins :

- la meilleure si elle permet de faire sortir rapidement de l'hôpital des malades pour les soigner chez eux à un coût inférieur et dans des conditions psychologiques plus favorables.

- La pire si elle a pour conséquence de créer des structures de type hospitalier en concurrence avec la médecine libérale et de faire payer pour des soins de ville des prix de journée hospitaliers".

Pour que le prix de journée soit adapté à la réalité de l'intervention effectuée, certains organismes, dont Santé Service Limousin, ont dissocié leurs activités entre deux services distincts d'hospitalisation et de soins à domicile.

D'après le Dr Vigneron, ancien médecin-chef de Santé Service Bayonne, cette distinction et cette complémentarité entre services sont hautement souhaitables "pour éviter une hospitalisation à domicile fourre-tout, admettant en vrac différents types de besoins et suscitant dès lors la suspicion des médecins-conseils".

Quant à la notion "d'interventions fréquentes et complexes", elle est toujours laissée à la libre appréciation du contrôle médical des caisses. Il s'agit, en réalité, d'établir une "nomenclature" à la fois technique et humaine de ces interventions, de prévoir leur fréquence et d'en déduire si le malade relève bien de ce type de soins. Des critères

rigoureux étant ainsi fixés, l'exigence d'une hospitalisation préalable ne se justifierait plus.

### 3°) Concernant les pathologies

D'après la convention-type de 1974, ne peuvent pas bénéficier de l'hospitalisation à domicile :

- les malades soignés pour une affection psychiatrique,
- les malades en hémodialyse à domicile,
- les insuffisants respiratoires graves nécessitant un appareillage spécialisé,
- les malades atteints de tuberculose pulmonaire.

Mais la circulaire du Ministère de la Santé du 12 mars 1986 a élargi le champ d'action de l'H.A.D. à toutes les pathologies hormis la psychiatrie, les malades mentaux étant pris en charge selon les règles propres à la sectorisation.

L'évolution des techniques ouvre des possibilités nouvelles de traitements hautement spécialisés et de diagnostic rapide, ce qui rend l'hospitalisation moins nécessaire ou moins longue. Il s'agit essentiellement de :

- chimiothérapie anticancéreuse continue,
- dialyse (chronique ou périodique),
- ventilation assistée et oxygénothérapie,
- nutrition artificielle,
- pompe à insuline,
- rééducation intensive (tétraplégie, paraplégie, insuffisance respiratoire...).

Ces activités ont chacune pour champ d'action une pathologie précise. Elles permettent, grâce à des avancées technologiques, de laisser à leur domicile des malades très dépendants d'un appareillage :

- La méthodologie de la chimiothérapie anticancéreuse continue est actuellement parfaitement maîtrisée (cathéter veineux, chambre implantable, chronothérapie par pompe externe...) et ne justifie plus la contrainte systématique d'une hospitalisation. La tolérance clinique et psychologique de ce procédé fait apparaître ces thérapeutiques ambulatoires comme le grand progrès en chimiothérapie de ces dernières années.

- la dialyse à domicile évite le recours plurihebdomadaire au service hospitalier correspondant. Ainsi, l'Association Limousine pour l'Utilisation du Rein Artificiel à Domicile à Limoges, prend en charge 115 patients et permet le traitement hors centre de plus de 50 % des patients de la région.

- La ventilation assistée et l'oxygénothérapie évitent des séjours définitifs dans les structures sanitaires ; l'assistance respiratoire à domicile permet aujourd'hui à des milliers de malades de vivre chez eux.

- La nutrition parentérale à domicile, encore expérimentale, peut être mise en place définitivement ou temporairement.

- Les pompes à insuline améliorent l'équilibre des grands diabétiques, diminuant ainsi la fréquence des hospitalisations et des complications.

Bien sûr, cette liste n'est pas exhaustive et le perfectionnement constant des techniques médicales permet de faire avancer chaque jour un peu plus les frontières de l'hospitalisation à domicile.

Dès lors, la surveillance des grossesses à risque, l'obstétrique, la pédiatrie, les traitements symptomatiques de la douleur intense, les malades atteints de S.I.D.A., font partie des nouveaux pôles d'activité de l'H.A.D.

Utopie il y a quelques années, réalité aujourd'hui, espoir pour demain, ces nouvelles voies de prise en charge appelées sans cesse à progresser, feront pour certaines d'entre elles, l'objet d'un chapitre ultérieur plus détaillé.

#### 4°) Concernant le nombre mensuel de malades

L'article 3 de la convention signée entre Santé Service Limousin et les Caisses d'Assurance Maladie précise : "le nombre mensuel de malades susceptibles d'être pris simultanément en charge au titre de l'hospitalisation à domicile par les caisses est fixé, chaque année, par voie d'accord entre les parties. Il fait l'objet d'avenants à la convention pris après avis des médecins conseils des caisses signataires. En ce qui concerne la première année d'application de la présente convention, ce nombre est fixé à 20".

La capacité d'hébergement d'un service d'H.A.D. est calculée au prorata de l'équipement hospitalier existant et futur de la circonscription. Cette volonté constante **d'adaptation au besoin** a pour but de mettre en adéquation les effectifs du personnel de Santé Service Limousin avec le nombre de malades susceptibles de bénéficier d'une telle forme de soins.

Cette régulation du nombre mensuel de malades vise **deux points préoccupants pour les caisses** :

. La création ou l'extension de services d'H.A.D. dans les régions où l'équipement hospitalier excède les besoins risque d'entraîner des hausses de prix de journée d'établissements concurrents dont le coefficient d'occupation sera en baisse.

. L'utilisation fallacieuse de l'hospitalisation à domicile par certains établissements qui entendent là une porte de sortie honorable pour les patients indésirables ou une possibilité d'accélérer la rotation des malades

hospitalisés afin d'augmenter le nombre d'actes opératoires rentables.

Si un hôpital traditionnel peut affirmer que le nombre mensuel d'entrants n'excédera pas le nombre de lits dont il dispose, il n'en va pas de même pour Santé Service Limousin où la notion de lit reste mal définie.

En effet, les soins exigés par le malade étant strictement personnalisés, il devient impossible de donner, d'une façon précise, un nombre fixe de "lits d'hospitalisation à domicile".

Vingt malades lourds peuvent requérir beaucoup plus de soins que trente autres moins "accaparants", alors que les disponibilités du personnel sont pratiquement constantes.

La F.N.E.H.A.D. propose cependant une définition du lit d'H.A.D. : " l'H.A.D. est un complément des services hospitaliers s'exerçant auprès de malades justiciables d'un séjour dans ces établissements, respectant le libre choix du malade et de son médecin traitant ; elle est subordonnée à la proposition du médecin hospitalier. Le lit d'H.A.D. est alors l'unité du service qui, pratiquant cette forme particulière d'hospitalisation, prend en charge des malades dont l'état nécessite la surveillance et la poursuite de soins actifs".

Toutefois, les médecins-conseils des caisses accordent une certaine souplesse dans la capacité d'accueil du service d'H.A.D. car le chiffre moyen de prise en charge mensuel peut être dépassé de 10 %. Ce seuil de tolérance établi en corrélation avec les possibilités techniques de l'association garantit à tous les malades l'assurance de la qualité des soins exigée par la convention.

##### **5°) Concernant le système de budgétisation**

(Voir chapitre sur le financement de Santé Service Limousin p. 68).



**B - PROVENANT DES MEDECINS HOSPITALIERS**

On l'a vu, les médecins hospitaliers désignent les patients pouvant bénéficier de l'H.A.D. et pourtant quelques uns d'entre eux semblent circonspects à l'égard de ce système de soins.

L'indifférence apparente de certains services est-elle due à une impossibilité technique d'hospitaliser à domicile tel ou tel type de malade ?

Les médecins hospitaliers hésitent-ils à confier la responsabilité, même temporaire, du traitement au médecin de ville ou éprouvent-ils quelques réticences à laisser partir leurs malades en raison d'un hospitalocentrisme plus ou moins conscient ?

Cette réserve découle-t-elle de la crainte injustifiée d'une concurrence de l'H.A.D. ou tout simplement de l'ignorance de ses possibilités ?

Pour pallier à cette dernière éventualité, les services administratifs du C.H.R.U. de Limoges pourraient adresser une lettre personnelle d'information à chaque interne lors de sa prise de fonction, initiative qui reste à concrétiser pour notre département.

Pour les médecins hospitaliers en titre, les moyens de "propagande" en faveur de l'H.A.D. sont restreints et ne semblent avoir que peu d'impact : diffusion d'articles dans la grande presse médicale, publications dans le Bulletin de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, congrès et colloques...

A long terme, la meilleure promotion de l'H.A.D. devrait être le fruit d'une publicité faite de proche en proche par des utilisateurs satisfaits exhortant ainsi la conviction des praticiens hospitaliers et les motivant pour la prescription d'une telle forme de soins.

### **C - PROVENANT DES MEDECINS TRAITANTS**

En fait, la prise en charge en H.A.D. ne comprend que des limites virtuelles pour les médecins de ville.

Après une appréhension initiale correspondant à la crainte de voir la médecine hospitalière s'étendre aux dépens de la médecine privée, ils ont été séduits par les intérêts de ce système de soins, même si les relations avec l'équipe d'H.A.D. ou le service d'origine, ne sont pas toujours parfaites.

A Santé Service Limousin, le nombre de médecins traitants qui ont refusé de suivre leurs patients en H.A.D. demeure négligeable.

Reste l'angoisse de mort devant laquelle le praticien est très fréquemment tenté d'orienter la personne âgée vers un centre hospitalier qui, par sa technicité, représente une "garantie" de prise en charge. La valeur rassurante de l'institution hospitalière libère ainsi le médecin de sa solitude et de son impuissance face au vieillissement et son terme ultime, la mort.

En choisissant le maintien à domicile, le médecin généraliste doit ainsi assumer l'angoisse de la famille et de l'entourage du malade. En ce sens, ne retrouve-t-il pas son rôle le plus généreux et le plus gratifiant, mais aussi le plus difficile : celui du médecin de famille ?

Au total, les tentatives de sensibilisation du monde libéral ne sont guère plus fructueuses que pour les médecins

hospitaliers : les paramédicaux, s'ils ne sont pas rémunérés à l'acte, vivent l'H.A.D. comme un détournement de clientèle\* et les médecins généralistes restent sous informés des possibilités mises à leur disposition dans ce domaine.

(Peut-être serait-il souhaitable d'aborder le sujet lors des cours de santé publique dispensés à la faculté ou lors de séances d'enseignement post-universitaire).

#### **D - PROVENANT DU MALADE, DE LA FAMILLE**

Les patients nécessitant une surveillance continue ou une trop grande intensité de soins sont, par définition, exclus d'emblée de l'hospitalisation à domicile et relèvent d'une hospitalisation en service aigu.

Mais, dès lors que le "profil médical" est respecté, l'adhésion complète du malade et de sa famille reste une condition "sine qua non" à la réalisation et à la réussite de l'hospitalisation à domicile.

Ce problème concerne essentiellement la personne âgée qui est parfois ambivalente quant à son désir de rester chez elle et souhaite, en réalité, ou bien être rassurée par une prise en charge institutionnelle (foyer-logement, maison de retraite, long-séjour...) ou bien être hébergée par l'un de ses enfants ou petits enfants qui ne sont pas prêts à assumer cette charge.

En effet, les personnes âgées sont de plus en plus souvent rejetées lorsqu'elles présentent un état de délabrement physique ou des troubles du comportement même légers et il devient alors tentant, pour l'entourage, de se déculpabiliser en se reposant sur le fantasme de l'hôpital, institution toute puissante faisant échapper à la mort (tout au moins, la mort au domicile telle qu'on la connaissait avant).

---

\*Originalité de Santé Service Limousin : implication du monde médical et paramédical libéral dans l'activité de l'association.

La famille, lorsqu'elle est présente, reste un élément déterminant du maintien au domicile ; mais, à notre époque, il faut bien reconnaître que l'urbanisme, les rythmes et les modes de vie modernes, les valeurs culturelles dominantes et la notion de famille réduite au couple parental avec les enfants, ne favorisent pas l'accueil d'un parent âgé.

Après information complète, le malade ou sa famille doit donner son accord écrit. On peut s'étonner de cette rédaction de la convention puisqu'il convient d'avoir le consentement profond du malade et de sa famille chaque fois, bien entendu, que l'état du malade et son âge lui permettent de prendre une décision.

#### **E - PROVENANT DES CONDITIONS SOCIALES, DU LOGEMENT**

La convention précise : "l'admission en H.A.D. est également subordonnée au résultat d'une enquête confiée à une assistante sociale du service d'H.A.D. en vue de s'assurer que les conditions matérielles, psychologiques et sociales requises, notamment dans le domaine du logement et de l'environnement familial, sont bien remplies et permettent le retour du malade à son domicile".

Du domaine de l'évidence, cette enquête sociale préalable demeure indispensable à la bonne marche de l'H.A.D., en confirmant l'existence de conditions de vie décentes et d'un logement suffisamment salubre et confortable. A ce propos, de nombreuses constatations tendent à prouver que l'H.A.D. est compatible avec un habitat très modeste.

Les Caisses accordent toutefois une importance toute particulière à ce problème puisqu'elles se réservent le droit de vérifier, au domicile du malade, la conformité des informations transmises par l'assistante sociale.

**F - PROVENANT DU SECTEUR GEOGRAPHIQUE**

Le rayon d'action de Santé Service Limousin couvre tout le département de la Haute-Vienne, agglomération de Limoges comprise : la prise en charge en H.A.D., en dehors de ce secteur est donc impossible.

A noter que le service d'hospitalisation à domicile du C.H.R.U. de Limoges limite ces interventions à un périmètre de 15 km autour de la ville.

VIII - LE POINT DE VUE DES UTILISATEURS
---

Le premier agrément du malade traité en H.A.D. est le retour "chez soi". Quitter l'univers hospitalier et retrouver une certaine autonomie produit un effet notable sur le moral et indirectement sur la capacité à se mobiliser pour faire face à la maladie.

Santé Service Limousin gomme les inconvénients de l'hôpital. L'austérité du cadre hospitalier est souvent synonyme de confinement dans la maladie ; au contraire, l'hospitalisation à domicile permet de mieux assumer celle-ci et d'en atténuer les difficultés en aménageant avec plus de souplesse la façon de vivre des patients. Cet enfermement est profondément ressenti par les cancéreux traités en chimiothérapie, qui peuvent mener une vie tout à fait normale en dehors des malaises passagers provoqués par les cures.

Ainsi, Monsieur X, atteint d'un cancer O.R.L. explique : "l'H.A.D. m'évite de rester enfermé, mais aussi de prendre à l'hôpital la place de quelqu'un de plus malade que moi. De plus, je peux sortir et un peu de soleil fait du bien...".

La vision des autres malades renvoie au patient une image de lui-même parfois plus dégradée que la sienne. De même, la tendance obsessionnelle à parler de "son cancer" pour libérer son angoisse et "exorciser le mal" n'est assurément pas un stimulant de la guérison. L'H.A.D. délivre du statut de "malade à temps plein" et de l'inévitable repliement sur la maladie.

D'autre part, la situation de grande dépendance liée au milieu hospitalier inquiète souvent le patient et le pousse parfois à s'y abandonner sans réagir, faute de pouvoir mettre en oeuvre ses propres capacités. La prise en charge assurée par l'hôpital est difficilement supportable pour ceux qui peuvent s'occuper d'eux-mêmes. De retour au domicile, ils gardent d'ailleurs le même ressentiment et refusent une assistance,

signe d'une diminution. Cette jeune femme veut mettre la réalité de sa maladie à sa juste valeur : "le fait d'être malade n'épuise pas ma nature. En famille, la maladie se vit et s'oublie ; l'aide technique de l'H.A.D. me le permet".

L'opportunité d'accéder à des comportements qui ne sont pas possibles à l'hôpital restaure habituellement la personnalité du malade et lui permet de vivre en harmonie avec son état de santé.

Le retour au domicile permet aussi de prendre soin de soi, de recouvrer une autonomie et une indépendance partielles. En favorisant les gestes de la vie quotidienne, l'H.A.D. restitue identité et dignité. Cette reconquête d'une place dans l'échange social concerne non seulement les amis et la famille mais s'étend également aux soignants de l'H.A.D.

Ainsi témoigne cette patiente : "à votre fonction d'aider et de soigner si précieuse et si bien remplie, vous avez ajouté le réconfort de propos échangés qui ont créé, entre vous et nous, de véritables liens de sympathie. Votre présence apparaissait comme un moment privilégié qui brisait notre solitude : un rare stimulant psychique venu d'ailleurs...".

En renouant avec ses racines, le malade retrouve sa personnalité et si la guérison est probable le retour au domicile la facilite. Pour ceux dont l'état de santé n'autorise plus d'illusion, il importe qu'ils vivent le plus humainement possible le temps qu'il leur reste.

A propos de son père dont le destin est critique, cet homme précise : "vous connaissez son état et le peu d'espoir d'amélioration que l'on a. Néanmoins, il a pu rester, grâce à vous, encore à son domicile, ce qui demeure le seul soulagement que l'on puisse lui apporter. Peut-être n'en est-il pas conscient ! Mais...".

IX - AVENIR DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE
---

**A - LA LEGISLATION**

Reconnue officiellement par la loi hospitalière de 1970, l'H.A.D., faute de décret d'application est essentiellement organisée par la circulaire de la C.N.A.M.T.S. de 1974, véritable charte en ce domaine.

La procédure contraint chaque service d'H.A.D. à négocier le montant de son forfait journalier avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie dont il relève, ce qui n'est pas sans inconvénients...

Pour Monsieur Philippe Cadène, délégué général de la Fédération Hospitalière de France : "il faudrait maintenant une loi qui assure enfin des fondements juridiques à l'H.A.D., qui en fixe les règles de fonctionnement, voire les limites. Et cette législation doit définir des moyens, faute de quoi le projet d'H.A.D. resterait aléatoire".

L'obligation d'une hospitalisation publique préalable, les quotas imposés pour la capacité d'accueil des services, le plafonnement des prix de journée, etc. sont autant d'entraves à l'extension de l'H.A.D. à but non lucratif.

Ces griefs émanent d'une difficulté à cerner ce type de soins ; mais doit-on, pour cela, freiner le développement d'une structure si bénéfique au malade ?

L'heure est maintenant venue de réaliser un "audit" auprès de toutes les parties concernées pour donner un véritable statut à l'H.A.D. et l'intégrer dans la carte sanitaire française. Seul, ce catalyseur lui permettra d'atteindre enfin son âge de maturité.



**B - HOSPITALISATION A DOMICILE ET S.A.M.U. : L'EXEMPLE DU  
DEPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS**

Depuis 1983, les malades hospitalisés à domicile en Seine-Saint-Denis bénéficient d'un protocole d'accord établi entre le S.A.M.U. 93 et les services d'H.A.D. de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et de l'hôpital de Montfermeil.

Afin de mieux répondre aux demandes d'aide médicale urgente de ces patients, une fiche nominative est transmise systématiquement au S.A.M.U. 93 pour chaque nouveau malade pris en charge. Tous les renseignements médicaux, ainsi que les informations administratives, sont répertoriés sur ordinateur. Ainsi la réponse apportée par le S.A.M.U. est optimisée. Elle permet en particulier d'éviter des réhospitalisations inutiles.

Dès la fermeture des services administratifs d'H.A.D., le S.A.M.U. 93 devient le correspondant des patients pour tout problème important. Ce système n'interfère pas avec la couverture classique assurée par le médecin traitant ou les services infirmiers, il s'agit seulement d'un recours possible en cas d'urgence ou d'indisponibilité des équipes de suivi.

La mise à jour du fichier est permanente et porte sur les entrées, les sorties ou les modifications intervenues dans le traitement.

Cette coopération salubre s'est développée sur le territoire national et l'évolution des techniques peut faire envisager des améliorations telles que l'installation de télé-alarmes pour certains patients à risque.

Le procédé ayant largement fait ses preuves en Seine-Saint-Denis, l'exemple reste maintenant à suivre pour Santé Service Limousin.

**C - LES NOUVELLES VOIES DE PRISE EN CHARGE EN H.A.D.**

En matière de prise en charge, l'avancée des technologies médicales a considérablement étendu les perspectives de l'H.A.D. A titre d'exemple, nous aborderons deux cas particuliers tout en sachant que de nombreuses orientations restent à développer dans notre région (S.I.D.A., surveillance des grossesses à risques et du post partum, malades relevant de la chirurgie ambulatoire...).

**1°) La chimiothérapie en perfusion veineuse prolongée**

La chimiothérapie en perfusion continue a conquis ses "lettres de noblesse" dans l'arsenal des traitements anticancéreux. Le plus souvent, elle est moins toxique que la chimiothérapie classique (nausées, vomissements, toxicité hématologique et cardiaque). Elle s'est révélée nettement plus efficace pour le traitement des formes évoluées des cancers du colon et du rectum, de la sphère O.R.L., des bronches et du col utérin. Dans d'autres cas, elle permet d'obtenir des rémissions lorsque la chimiothérapie classique a échoué : myélome, cancer du sein.

Le principe même de ces perfusions prolongées entraînerait des contraintes intolérables s'il fallait garder les malades (le plus souvent autonomes) en hospitalisation classique. Les chambres de perfusion implantables et les pompes miniaturisées permettent de réaliser une chimiothérapie continue au domicile du patient. Dans certains cas, celui-ci peut même poursuivre une activité professionnelle. Cette politique de traitement à domicile n'est possible que grâce à la collaboration de différentes structures de soins : services d'H.A.D., infirmières libérales ou cliniques proches du domicile du patient. Ainsi, dans la mesure où les indications de tels traitements sont de mieux en mieux délimitées, une reconnaissance officielle de ce type de soins apparaît de plus en plus souhaitable.

TABLEAU N° 13

AVANTAGES DE LA CHIMIOThERAPIE ANTICANCEREUSE EN H.A.D.
---

\* Pour le malade :

- est autonome

. hors du milieu hospitalier

. diminution des effets secondaires

peut continuer  
ses activités  
personnelles  
et profession-  
nelles.

- participe au traitement

EST ACTIF

N'EST PLUS PASSIF

- reçoit une prestation PERSONNALISEE

thérapeutique      environnement      psychologique

\* Pour le soignant :

- chimiothérapie à visée curative

|  
fait contraste avec

- prise en charge palliative des malades cancéreux

- acquisition de techniques de pointe

\* Au niveau des coûts

- pendant les cures &gt; coût d'un malade traditionnel

. temps personnel X 2

. dépenses "médicales" X 2

(antibiotiques, matériel adapté et à usage unique)

- Hors cures &lt; coût d'un malade traditionnel

. surveillance

état général

du cathéter central

des constantes biologiques

Négociation avec les organismes de protection sociale

1 jour de cure # 2 jours de prise en charge en H.A.D.

## 2°) H.A.D et pédiatrie

Les structures d'H.A.D. peuvent prendre en charge les enfants (de 0 à 16 ans) atteints d'affections chroniques ou invalidantes, de maladies infectieuses ou ayant subi une intervention chirurgicale importante.

Ceci permet de surveiller le traitement, d'avoir en permanence un rôle de conseil auprès des familles et de ne pas interrompre la scolarité.

Les parents sont guidés dans leur rôle d'éducateur mais aussi dans la participation active à l'intégration de l'enfant. L'équipe d'H.A.D. leur assure une formation sur l'apprentissage des gestes simples de surveillance, de soins et d'hygiène. En raison du caractère spécialisé de certains traitements, la prise en charge simultanée de l'enfant par un médecin pédiatre est parfois souhaitable ; ce n'est toutefois pas un obstacle majeur compte tenu de l'important développement de cette branche en pratique libérale.

Bien sûr, la collaboration entre soignants et enseignants reste également indispensable car il est fréquent qu'une baisse de rendement scolaire soit le premier signe d'une aggravation de la maladie.

A Santé Service Limousin, le nombre d'enfants bénéficiant actuellement d'une H.A.D. demeure symbolique. Mais, à titre d'exemple, il peut être intéressant de rapporter ici les statistiques du service d'H.A.D. de Bagnolet qui connaît une activité pédiatrique appréciable.

TABLEAU N° 14

## L'ACTIVITE PEDIATRIQUE 1988 - 1990 DE L'H.A.D. DE BAGNOLET

ANNEE	NOMBRE DE JOURNEES	% H.A.D.	NOMBRE D'ENFANTS	NOMBRE D'ENFANTS PAR JOUR	AGE MOYEN
1988	4 775	8 %	57	13,01	3 ans et 4 mois
1989	4 411	7,4 %	53	12,05	3 ans et 8 mois
1990	5 447	8,45 %	104	14,92	2 ans et 8 mois

TABLEAU N° 15

## PATHOLOGIE PAR ENTREE EN 1990 DE L'H.A.D. DE BAGNOLET

(144 entrées, 104 enfants)

PATHOLOGIES	POURCENTAGES
- Prématurés Hypotrophiques	25 %
- Mucoviscidose	15,20 %
- Affections cardiovasculaires	11,10 %
- Affections digestives	11,10 %
- Diabète	9,70 %
- Affections neurologiques	8,30 %
- Affections respiratoires	6,90 %
- O.R.L. - Ophtalmologie	3,40 %
- Affections orthopédiques	1,30 %
- Affections génito-urinaires	0,50 %
- Cancérologie	0,50 %
- Divers	0,06 %

X - CONCLUSION
----------------

L'H.A.D. en France surprend toujours par la discordance entre ses avantages multiples et l'inertie que lui impose l'absence de texte juridique réglementant son existence et ses modalités de fonctionnement.

Devant le triple défi lancé par le contexte démographique, l'encombrement de certains services hospitaliers de soins aigus et l'insuffisance en lits de moyen séjour, la Haute-Vienne a vu naître parallèlement deux services d'H.A.D. : l'un public, rattaché au C.H.R.U. de Limoges et Santé Service Limousin, organisme privé à but non lucratif. L'originalité de cette forme "extra muros" d'hospitalisation permet au malade de devenir un partenaire actif de la guérison.

La conjugaison d'un cadre de vie connu avec l'assistance permanente, tant technique que morale d'une équipe de soins, transforme le domicile en un hôpital à dimension et à visage humains.

Dûment informé des prestations offertes par Santé Service Limousin, le malade décide pleinement d'un éventuel retour anticipé chez lui afin d'y recevoir les soins que nécessite son état. S'il donne son accord, il garde encore le libre choix de son infirmière et de son pharmacien habituels ainsi que du médecin généraliste à qui l'on confiera la responsabilité et le suivi du traitement. La médecine libérale n'est donc pas "amputée" par l'H.A.D.

L'aide indispensable apportée par la famille et les amis accélère encore la réintégration sociale du malade jusqu'à guérison complète et favorise ainsi sa réinsertion dans la vie active. L'effet bénéfique de l'H.A.D. est d'autant mieux ressenti que le patient est délivré des contraintes

administratives et matérielles nécessaires à l'exécution de soins de qualité.

En effet, Santé Service Limousin résout tous les problèmes sociaux induits par la maladie et pourvoit, si besoin, à l'installation d'un véritable mobilier hospitalier. Même pour des traitements de longue durée, l'H.A.D. apporte une garantie d'interventions ponctuelles ou régulières et tout un éventail de services sécurisants.

Pour un malade, être en H.A.D. signifie rester chez soi et bénéficier d'une prise en charge médicale, paramédicale et sociale globalisée et coordonnée par Santé Service Limousin. Enfin, on ne saurait énumérer les avantages de l'H.A.D. sans mentionner le rôle éducatif tenu par les infirmières, aides-soignantes et assistantes sociales.

Malgré tous les atouts d'une telle formule de soins, amplement plébiscitée par de nombreux témoignages de satisfaction, Santé Service Limousin demeure dans l'expectative, à l'égal de la plupart des associations d'hospitalisation à domicile de France.

D'une région à l'autre, selon la philosophie en matière d'H.A.D. des Caisses Régionales et leur interprétation locale de la circulaire de la C.N.A.M. du 19 octobre 1974, on constate une grande disparité entre les différents services.

Ce contexte conduit à marginaliser et à brider l'activité d'une structure dont l'intérêt tant humain qu'économique est largement reconnu et qui devrait constituer une véritable alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

Seulement 34 services existent dans notre pays (11 publics et 23 privés). Leur capacité d'accueil varie de quinze lits à plus de mille en région parisienne. En 1991, le nombre d'admissions en H.A.D. représente 0,95 % du total des journées

réalisées en établissements publics ou assimilés. Cette proportion atteint 20 % aux U.S.A.

Financés en dotation globale pour les services publics, ils restent soumis au système de prix de journée pour les autres, avec des variations de coût liées éventuellement à la nature des prestations prises en charge (honoraires médicaux, pharmacie, laboratoire, compris ou non dans le forfait journalier).

Enfin, l'obligation d'une hospitalisation publique préalable pour bénéficier de l'H.A.D. contraint le malade à se faire traiter uniquement en secteur public. Malgré la tolérance de certaines Caisses Régionales qui délivrent des prises en charge pour les patients issus du secteur privé, l'application d'une réglementation contradictoire entraîne une discrimination en fonction du lieu de résidence.

A Santé Service Limousin, la répartition des pathologies s'apparente à celles des autres structures mais avec une forte proportion de personnes âgées (prédominance de la cancérologie, de la traumatologie et des affections cardiovasculaires).

Cependant, depuis quelques années, l'évolution des techniques médicales permet la réalisation de thérapeutiques de pointe : chimiothérapie anticancéreuse continue, surveillance de grossesses à risque et du post partum, prise en charge de patients atteints de S.I.D.A., chirurgie ambulatoire...

Par ailleurs, le taux de mortalité supérieur à 10 % (20 % à Santé Service Limousin) a conduit tous les organismes d'H.A.D. à développer les soins palliatifs. Ainsi, la classification de ces établissements en services médico-sociaux n'est plus justifiée.

Mais quel sera l'avenir de l'H.A.D. ? Plusieurs facteurs favorisent incontestablement son développement : son coût, la



formation de ses intervenants, l'adaptation des techniques, un effort d'information auprès du public et des médecins prescripteurs. Reste à convaincre encore le milieu hospitalier de son nécessaire recentrage sur un plateau technique hautement spécialisé et les organismes payeurs de l'intérêt financier de la formule.

## \* B I B L I O G R A P H I E \*

## 1/ ALMERAS J.P.

Les services de soins à domicile pour personnes âgées.  
Concours médical, mai 1981, 103, n° 22, 3721-3723.

## 2/ BOUCHON J.P., DE LA SELLE P.

A propos de l'hospitalisation des sujets âgés.  
Revue du Praticien - Médecine Générale, avril 1991,  
5, n° 135, 991-992.

## 3/ CAQUET R. et KARSENTY S.

Quelles alternatives à l'hospitalisation ?  
Cahiers de sociologie et de démographie médicales,  
septembre 1983, 3, 199-223.

## 4/ CAUCHET LEVASSORT V., CAUCHET P.

Le médecin généraliste face à l'hospitalisation à domicile.  
Thèse Doctorat en Médecine, Lille, juin 1987,  
n° 228, 62 p.

## 5/ CHABRUN-ROBERT C.

L'hospitalisation à domicile. Réalisations et perspectives.  
Concours médical, septembre 1973, 95, n° 37, 5095-5102.

## 6/ CHABRUN-ROBERT C.

L'hospitalisation à domicile dans le système de soins.  
Concours Médical, novembre 1978, 100, n° 40, 6595-6598.

## 7/ CHABRUN-ROBERT C.

L'hospitalisation à domicile. Trois expériences du Sud-Ouest.  
Concours Médical, mai 1976, 98, n° 20, 3044-3047.

## 8/ CHABRUN-ROBERT C.

L'hospitalisation à domicile à la recherche de sa définition.  
Concours Médical, mai 1980, 102, n° 2949-2951.

## 9/ CHABRUN-ROBERT C.

Les soins à domicile aux personnes âgées.  
Concours Médical, juillet 1982, 104, n° 29, 4458-4460.

**10/ DECOUZY J.**

L'hospitalisation à domicile : l'intérêt des services d'H.A.D.

Lettre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, avril 1991, p. 13-14.

**11/ DE RYCKE S.**

L'hospitalisation à domicile. Sa place dans le système de soins français.

Thèse Doctorat en Médecine, Paris-Sud, 1985, n° 108, 41 p.

**12/ DEWEERT D.**

Le maintien à domicile, encore une utopie ?

Le Généraliste, novembre 1991, n° 1303, 13-14.

**13/ FELLMANN A.**

L'hospitalisation à domicile.

Nathan édit. Paris 1989, 73 p.

**14/ FOURNIER E., BERTRAND D., CASTOT A.**

D.C.E.M. Médecine - Santé Publique -

Heures de France édit. Paris 1984, 128 p.

**15/ GEIDEL B.**

Maintien à domicile, inventaire des moyens.

Le Généraliste, novembre 1991, n° 1303, 10-12.

**16/ GOMBAULT A. et POULETTY J.**

Responsabilité médicale et hospitalisation à domicile.

Concours Médical, avril 1975, 97, n° 16, 2787-2791.

**17/ GUILLET P.**

Avantages et méfaits de l'hospitalisation du sujet âgé.

Concours Médical, juin 1989, 111, n° 24, 2066-2069.

**18/ HUBERT E.**

Alternatives à l'hôpital : "Il faut combler le vide juridique".

Impact Médecin, avril 1991, n° 99, 20.

**19/ JACQUELIN Cl.**

Le point sur l'hospitalisation à domicile : vingt années d'expérience.

Concours médical, février 1982, 104, n° 9, 1357-1358.

**20/ LASFARGUES L.**

Le désordre du maintien à domicile.  
Impact Médecin, mai 1991, n° 105, 20-22.

**21/ LEMARDELEY P., BOUTIN J.P., GHYOULA M., NEGRO J.**

Le coût de l'hospitalisation à domicile dans le Var.  
Gestions hospitalières, octobre 1988, n° 279, 611-615.

**22/ MERCKX V.**

L'hospitalisation à domicile. Pratique et résultats.  
La revue du Praticien, mai 1974, 24, n° 30, 2742-2745.

**23/ MOUNIER E.**

L'hospitalisation à domicile au C.H.R.U. de Limoges.  
Thèse Doctorat en Médecine, Limoges, avril 1985, n° 37,  
93 p.

**24/ ORLUC A.**

L'hospitalisation à domicile des personnes âgées (pour une  
politique d'action régionale en Limousin en faveur des  
personnes âgées).  
Thèse Doctorat en Médecine, Limoges, juin 1980, n° 61,  
269 p.

**25/ RIONDET J.**

L'hôpital de jour.  
Revue du Praticien, janvier 1984, 34, n° 4, 163-164.

**26/ RONDINET D.**

Les limites du maintien à domicile : mythe ou réalité ?  
Praticiens et 3ème âge, 3, n°3, 97-100.

**27/ ROUSSEL A.**

Vingt années d'hospitalisation à domicile à l'Assistance  
Publique.  
Bull. Acad. Nat. Méd., octobre 1981, 165, 7, 915-920.

**28/ THIELLEY M.**

L'hospitalisation à domicile en province : ses réalisa-  
tions, ses résultats, ses problèmes.  
Omnipraticien Français, 1975, 31, n° 10, 13-23.

**29/ VIAUD P.**

Maintien à domicile des personnes âgées : la coordination  
des moyens médico-sociaux est décisive.  
Le Quotidien du Médecin, mars 1991, n° 4713, 36.

- 30/ Dossier. De l'hôpital au domicile, la continuité des soins.  
Décision Santé, avril 1991, n° 4, 23-41.
- 31/ Développer l'hospitalisation à domicile.  
Etats généraux de la Sécurité Sociale. Mémoire à l'adresse  
du Comité des Sages. Edité par la F.N.E.H.A.D.
- 32/ Exposé des travaux du Congrès International de Nantes sur  
l'hospitalisation à domicile. 7 et 8 juin 1985.
- 33/ Guide FINESS des établissements sanitaires en Haute-Vienne.  
Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection  
Sociale.
- 34/ Hospitalisation à domicile : conditions médicales de prise  
en charge, conventions-types, règlement intérieur.  
Circulaire n° 207 de la C.N.A.M.T.S., octobre 1974.
- 35/ "l'hospitalisation à domicile : une réalité en 1988".  
Livre des résumés du congrès de Paris les 3 et 4 mars 1988.
- 36/ Plan gérontologique départemental. Schéma Départemental des  
Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.  
Année 1991.  
Conseil Général de la Haute-Vienne.
- 37/ Rapport concernant les problèmes d'admission en H.A.D. en  
Haute-Vienne.  
Octobre 1990. Decouty Jean.
- 38/ Questions sur l'H.A.D.  
Documentation éditée par l'Assistance Publique des Hôpitaux  
de Paris.
- 39/ Résultats de l'enquête annuelle sur l'hospitalisation à  
domicile.  
Chiffres 1987. Ministère de la Solidarité, de la Santé et  
de la Protection Sociale.
- 40/ Soigner à domicile. La chimiothérapie anticancéreuse  
continue.  
Documentation éditée par l'Assistance Publique des Hôpitaux  
de Paris.

## \* L I S T E   D E S   T A B L E A U X \*

<u>TABLEAU N° 1</u> .....	p. 38-39
Les principales différences entre H.A.D. et S.A.D à Santé Service Limousin.	
<u>TABLEAU N° 2</u> .....	p. 75
Evolution du prix de journée de Santé Service Limousin comparé à celui d'un service de médecine ou de chirurgie du C.H.R.U. de Limoges.	
<u>TABLEAU N° 3</u> .....	p. 85
Nombre de patients admis annuellement et nombre moyen de malades.	
<u>TABLEAU N° 4</u> .....	p. 88
Répartition des malades par âge et par sexe.	
<u>TABLEAU N° 5</u> .....	p. 90
Répartition des malades par âge.	
<u>TABLEAU N° 6</u> .....	p. 91
Origine de l'appel.	
<u>TABLEAU N° 7</u> .....	p. 93
Les pathologies prises en charge.	
<u>TABLEAU N° 8</u> .....	p. 98
Durée de séjour et taux d'occupation.	
<u>TABLEAU N° 9</u> .....	p. 101
Motifs de sortie.	

<b><u>TABLEAU N° 10</u></b> .....	<b>p. 104</b>
Répartition des sorties en 1987 pour Santé Service Limousin et les secteurs privé et public d'H.A.D.	
<b><u>TABLEAU N° 11</u></b> .....	<b>p. 107</b>
Origine publique ou privée des patients.	
<b><u>TABLEAU N° 12</u></b> .....	<b>p. 108</b>
Nombre de lits publics et privés en Haute-Vienne pour l'année 1990.	
<b><u>TABLEAU N° 13</u></b> .....	<b>p. 128</b>
Avantages de la chimiothérapie anticancéreuse en H.A.D.	
<b><u>TABLEAU N° 14</u></b> .....	<b>p. 130</b>
L'activité pédiatrique 1988-1990 de l'H.A.D. de Bagnolet.	
<b><u>TABLEAU N° 15</u></b> .....	<b>p. 130</b>
Pathologie par entrée en 1990 de l'H.A.D. de Bagnolet.	

**\* LISTE DES REPRESENTATIONS  
GRAPHIQUES \***

- 1) Evolution du prix de journée de Santé Service  
Limousin comparé à celui d'un service de médecine  
ou de chirurgie du C.H.R.U. de Limoges ..... p. 76
- 2) Nombre de patients admis annuellement ..... p. 86
- 3) Nombre moyen de malades ..... p. 87
- 4) Répartition des malades par âge et par sexe  
de 1981 à 1990 ..... p. 89
- 5) Les pathologies prises en charge ..... p. 94
- 6) Durée moyenne de séjour et taux d'occupation ..... p. 99
- 7) Motifs de sortie ..... p. 102
- 8) Nombre de lits publics et privés en Haute-Vienne  
en 1990 ..... p. 109



## \* TABLE DES MATIERES \*

- P L A N ..... p. 12

I - INTRODUCTION ..... p. 17

II - HISTORIQUE ..... p. 18

A - LE HOME-CARE, ANCETRE DE L'H.A.D. .... p. 18

B - LES GRANDES DATES DE L'H.A.D. EN FRANCE ..... p. 19

III - FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE..p. 22

A - UNE MEME CONCEPTION DANS LA DIVERSITE ..... p. 22

B - LA FEDERATION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS  
D'HOSPITALISATION A DOMICILE ..... p. 23

C - LES CHIFFRES DE L'H.A.D. EN FRANCE POUR L'ANNEE  
1990 ..... P. 24

IV - ETAT DES LIEUX DE L'H.A.D. EN HAUTE-VIENNE ..... p. 28

A - MISE EN PLACE DE L'H.A.D. A LIMOGES ..... p. 28

1°) Motifs de création ..... p. 28

a) Le contexte démographique ..... p. 28

b) L'encombrement de certains services  
de soins aigus ..... p. 29

c) Insuffisance du nombre de lits de  
moyen séjour ..... p. 30

d) Manque de structure locale d'H.A.D. .... p. 30

2°) Naissance du service public et du service  
privé d'H.A.D. à Limoges ..... p. 30

3°) Rapports entre les deux services ..... p. 32

<b>B - AUTRES STRUCTURES SANITAIRES FAVORISANT LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES .....</b>	<b>p. 33</b>
1°) L'hôpital de jour gériatrique .....	p. 33
2°) L'hôpital de jour psychogériatrique .....	p. 33
<b>C - LES DIVERS SERVICES CONCOURANT AU SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES .....</b>	<b>p. 34</b>
1°) Les services d'aides-ménagères .....	p. 34
2°) Les services mandataires d'employés de maison .....	p. 35
3°) Les services de soins à domicile .....	p. 35
4°) Les services d'auxiliaires de vie .....	p. 40
5°) Le portage de repas à domicile .....	p. 40
6°) Les foyers-restaurants .....	p. 41
7°) L'amélioration de l'habitat .....	p. 41
8°) Les services mandataires de garde à domicile .....	p. 42
9°) Les services de dépannage .....	p. 43
10°) La télé-sécurité .....	p. 43
11°) Le secteur associatif bénévole .....	p. 43
<b>D - CONCLUSION .....</b>	<b>P. 44</b>

<b>V - LE SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE DE SANTE SERVICE LIMOUSIN .....</b>	<b>p. 45</b>
--	--------------

<b>A - LES LOCAUX .....</b>	<b>p. 45</b>
<b>B - LE SECTEUR GEOGRAPHIQUE DE SOINS .....</b>	<b>p. 45</b>
<b>C - FONCTIONNEMENT DU SERVICE D'H.A.D. DE SANTE SERVICE LIMOUSIN .....</b>	<b>p. 46</b>
1°) Conditions pour bénéficier de l'H.A.D. ....	p. 46
2°) Les services offerts par Santé Service Limousin .....	p. 48

3°) Les acteurs de l'H.A.D. ....	p. 50
α) Le personnel de Santé Service Limousin : une équipe .....	p. 50
a) L'infirmière surveillante .....	p. 50
b) L'infirmière coordinatrice .....	p. 51
c) L'assistante sociale .....	p. 52
d) L'infirmière au domicile du malade ....	p. 53
e) L'aide-soignante .....	p. 54
β) Les intervenants de l'H.A.D. n'appartenant pas à Santé Service Limousin .....	p. 54
a) Le médecin hospitalier, chef de service .....	p. 54
b) Le médecin spécialiste, chirurgien ou non de clinique privée .....	p. 55
c) Le médecin traitant .....	p. 55
d) Les médecins-conseils des caisses de sécurité sociale .....	p. 56
e) Le pharmacien .....	p. 58
f) L'infirmière libérale .....	p. 59
g) Autres professions paramédicales libérales .....	p. 59
h) L'aide-ménagère .....	p. 61
i) A.L.U.R.A.D. - A.L.A.I.R. ....	p. 62
j) L'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, et le Comité Directeur .....	p. 63
k) Le malade .....	p. 64
l) La famille .....	p. 65
m) Le dossier médical .....	p. 66
Γ) Composition et organisation de l'équipe ..	p. 66

<b>D - LE FINANCEMENT DE SANTE SERVICE LIMOUSIN :</b>	
<b>LE PRIX DE JOURNEE .....</b>	<b>p. 68</b>
1°) Le prix de journée ou forfait journalier ....	p. 68
2°) "Contenu" du prix de journée et couverture sociale de l'H.A.D. ....	p. 70
3°) Approche économique de l'H.A.D. ....	p. 73
α) Avantages économiques de l'H.A.D. ....	p. 73
a) Au niveau du budget de la santé .....	p. 73
b) Au niveau de Santé Service Limousin ...	p. 74
β) Les aspects négatifs du système de financement de l'H.A.D. ....	p. 77
a) Exemple de détermination du prix de journée pour l'année 1991 .....	p. 77
b) Les corollaires d'un forfait journalier restreint .....	p. 80
c) Prix de journée : mauvais indice .....	p. 81
Γ) Les difficultés de gestion liées à la convention .....	p. 83

<b>VI - BILAN D'ACTIVITE DU SERVICE D'H.A.D. DE SANTE SERVICE LIMOUSIN .....</b>	<b>p. 84</b>
--	--------------

<b>A - NOMBRE DE MALADES ADMIS .....</b>	<b>p. 84</b>
<b>B - REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE .....</b>	<b>p. 84</b>
<b>C - ORIGINE DE L'APPEL .....</b>	<b>p. 91</b>
<b>D - LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE .....</b>	<b>p. 92</b>
<b>E - DUREE DE SEJOUR ET TAUX D'OCCUPATION .....</b>	<b>p. 97</b>
<b>F - MOTIFS DE SORTIE .....</b>	<b>p. 100</b>

VII - LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE EN H.A.D. .... p.105
--

- A - ARRETEES PAR LA SECURITE SOCIALE ..... p. 105
  - 1°) Concernant l'origine des patients ..... p. 105
  - 2°) Concernant l'état des patients ..... p. 111
  - 3°) Concernant les pathologies ..... P. 114
  - 4°) Concernant le nombre mensuel de malades ..... p. 116
  - 5°) Concernant le système de budgétisation ..... p. 117
- B - PROVENANT DES MEDECINS HOSPITALIERS ..... p. 118
- C - PROVENANT DES MEDECINS TRAITANTS ..... p. 119
- D - PROVENANT DU MALADE, DE LA FAMILLE ..... p. 120
- E - PROVENANT DES CONDITIONS SOCIALES, DU LOGEMENT ... p. 121
- F - PROVENANT DU SECTEUR GEOGRAPHIQUE ..... p. 122

VIII - LE POINT DE VUE DES UTILISATEURS ..... p. 123
--

IX - AVENIR DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE ..... p. 125
--

- A - LA LEGISLATION ..... p. 125
- B - HOSPITALISATION A DOMICILE ET S.A.M.U. : L'EXEMPLE  
DU DEPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS ..... p. 126
- C - LES NOUVELLES VOIES DE PRISE EN CHARGE ..... p. 127
  - 1°) La chimiothérapie en perfusion veineuse  
prolongée ..... p. 127
  - 2°) H.A.D. et pédiatrie ..... p. 129

X - CONCLUSION ..... p. 131
-----------------------------

- BIBLIOGRAPHIE ..... p. 135

- LISTE DES TABLEAUX ..... p. 139

- LISTE DES CARTES ..... p. 141

- LISTE DES REPRESENTATIONS  
GRAPHIQUES ..... p. 142

- TABLE DES MATIERES ..... p. 143

oo00oo

## S E R M E N T   D ' H Y P P O C R A T E

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 16

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ



CALLOT (Richard). — L'hospitalisation à domicile à but non lucratif : l'exemple de Santé Service Limousin. — 148 f.; ill.; tabl.; 30 cm (Thèse : Méd.; Limoges ; 1992).

**RESUME :**

Santé Service Limousin est une association à but non lucratif qui regroupe un service de S.A.D. pour personnes dépendantes et un service d'H.A.D. La création de ce dernier, en octobre 1980 a, été très largement motivée par la situation démographique particulière du Limousin qui comporte la population la plus âgée de France. L'étude du service (réglementation, fonctionnement, financement, bilan d'activité) permet de définir les indications, les intérêts et les limites de ce système de soins.

Depuis quelques années, l'H.A.D. connaît de nombreuses réticences à son développement. Un véritable statut juridique et une intégration à la politique de santé actuelle (les alternatives à l'hospitalisation) devraient favoriser son extension, de façon à satisfaire un réel besoin.

**MOTS CLES :**

- Haute-Vienne.
- Hospitalisation à domicile.
- Santé Service Limousin.

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur BOUQUIER.  
Juges : Monsieur le Professeur GAINANT.  
Monsieur le Professeur LABROUSSE.  
Monsieur le Professeur OLIVIER.  
Membres Invités : Monsieur DECOUTY, Docteur en Médecine.  
Monsieur FAESSEL, Docteur en Médecine,  
Médecin-Conseil.  
Monsieur BOYER, Président de Santé Service  
Limousin.