

SCD UNIV. LIMOGES



D 035 026155 5

Université de Limoges
Faculté de médecine

Année 1998

Thèse n° 166/1

L'hospitalisation à domicile
en questions



THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 01 décembre 1998

PAR

Armelle OLLIVIER épouse CHEVASSUS

née le 09/08/1969 à Lesneven

Examineurs de la thèse

Madame le Professeur BORDESSOULE	- Présidente
Madame le Professeur VIDAL	- Juge
Monsieur le Professeur COLOMBEAU	- Juge
Monsieur le Docteur CHARMES	- Juge
Monsieur le Docteur BUISSON	- Membre invité

Université de Limoges
Faculté de médecine

Année 1998

Thèse n° 66

L'hospitalisation à domicile
en questions



THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 01 décembre 1998

PAR

Armelle OLLIVIER épouse CHEVASSUS

née le 09/08/1969 à Lesneven

Examineurs de la thèse

Madame le Professeur BORDESSOULE

- Présidente

Madame le Professeur VIDAL

- Juge

Monsieur le Professeur COLOMBEAU

- Juge

Monsieur le Docteur CHARMES

- Juge

Monsieur le Docteur BUISSON

- Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIostatistique ET Informatique MEDICALE
BRETON Jean-Christian	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATANZANO Gilbert	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger	REANIMATION MEDICALE
HUGON Jacques (C.S)	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

PIVA Claude (C.S)
PRALORAN Vincent (C.S)
RAVON Robert (C.S)
RIGAUD Michel (C.S)
ROUSSEAU Jacques (C.S)
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
TABASTE Jean-Louis
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNENEGRE Alain
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
WEINBRECK Pierre (C.S)

MEDECINE LEGALE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
NEUROCHIRURGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
MALADIES INFECTIEUSES

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

La vie est un poème
Que tu vas écrire toi- même
Pars, ce monde vas le voir
Jamais ne perd l'espoir...
Je sais que le monde a des armes
Le monde parfois nous désarme
Mais il t'aimera comme tu l'aimes
La vie est un long «je t'aime »...

Barbara

A tous mes proches
Merci.

Madame le Professeur BORDESSOULE
Hématologie et transfusion
Médecin des hôpitaux
Chef de service

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Etudiants, nous avons eu le plaisir de travailler dans votre service. Grâce à vous, nous avons découvert une médecine humaine et compétente, nous vous en remercions.

Nous espérons rester dignes de votre confiance.

Madame le Professeur VIDAL
Médecine interne
Chef de service

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez
accepté de juger notre travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde considération.

Monsieur le Professeur COLOMBEAU
Urologie
Chirurgien des hôpitaux
Chef de service

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de siéger dans notre jury.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Docteur CHARMES
Service d'hospitalisation à domicile

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur BUISSON
Médecin généraliste

Vous nous avez conseillés dans l'élaboration de ce travail.
Nous vous remercions de votre gentillesse et de votre disponibilité.

Remerciements

A Madame CONIA, surveillante de Santé Service Limousin
A Madame CHAZARIN, surveillante du service d'HAD du
CHRU, qui m'ont accueillie avec gentillesse et qui m'ont aidée à la
réalisation de cette enquête.

A l'ensemble des personnes qui ont répondu aux questionnaires,
infirmiers, aides-soignants, médecins hospitaliers, médecins
généralistes.

Sans vous, je n'aurai pas pu élaborer ce travail.

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous avez consacré à
l'étude et pour les informations que vous m'avez fournies.

PLAN

Introduction

1) Organisation générale de l'hospitalisation à domicile

a) Historique page 8

b) Situation actuelle page 11

1 – Etat des lieux en France page 11

2 – Cadre législatif de l'HAD page 13

c) L'hospitalisation à domicile page 16
à Limoges

1 – Création des services d'HAD de Limoges page 16

2 – Le service d'HAD du CHRU de Limoges page 17

3 – Santé Service Limousin page 20

2) Questionnaires et commentaires

a) But de l'étude	page 25
b) Les moyens	page 25
c) Questionnaires et résultats	page 26
1 – <u>Médecins hospitaliers</u>	page 26
2 – <u>Médecins généralistes</u>	page 31
3 – <u>Infirmiers libéraux et de Santé Service Limousin</u>	page 37
4 – <u>Infirmiers de l'HAD CHRU de Limoges</u>	page 48
5 – <u>Aides-soignants de Santé Service Limousin</u>	page 54
d) Conclusion de l'étude	page 58

3) Propositions pour mieux réussir l' HAD

A – Avantages de l'HAD :

1 – <u>Médicaux</u>	page 61
2 – <u>Economiques</u>	page 62

B – Les besoins de l'HAD :

1 – <u>Une meilleure coordination entre les intervenants</u>	page 63
--	---------

2 – Un élargissement de la couverture géographique

page 64

C - Suggestions pour une HAD adaptée :1 – Sur le plan local

page 65

a) Faire connaître l'HAD

page 65

b) Définir les objectifs de soins et améliorer

la communication

page 66

c) Mieux préciser le contexte social

page 67

d) Assurer une formation des intervenants

page 68

2 – Sur le plan national

a) L'information

page 69

b) Améliorer les structures d'HAD

page 69

Conclusion

page 71

Annexes

page 74

Bibliographie

page 81

Introduction

Depuis quelques années, les progrès médicaux techniques, le vieillissement de la population aboutissent à la création de nouvelles alternatives de soins telles le maintien à domicile, l'hôpital de jour et l'hospitalisation à domicile (HAD).

Nous avons été intéressés par l'aspect humain et social que présente l'HAD. Elle concerne des patients qui nécessitent des soins hospitaliers mais restent au domicile ; pour certains ils sont en voie de guérison, pour d'autres en fin de vie.

Les avantages de l'HAD nous paraissent nombreux, à la fois thérapeutiques et humains comme cite S. JUSKIEWENSKI (19) :

« ...En remplaçant le malade dans son milieu familial, en lui permettant de vivre sa maladie chez lui, on le met dans les conditions les plus favorables à sa guérison et à sa rapide réinsertion sociale. Lorsque l'issue fatale est inéluctable on répond souvent à son vœu intime de passer ses derniers jours au milieu des siens. Pour sa famille, le retour à domicile diminue les contraintes qu'impose une hospitalisation dans un établissement parfois éloigné. Elle peut bénéficier des connaissances et de l'expérience du personnel soignant et recevoir dans ce cas une véritable éducation sanitaire... »

L'HAD fait intervenir une équipe soignante organisée, polyvalente comme celle d'un service hospitalier classique, en association avec le secteur libéral.

Comment est organisée l'hospitalisation à domicile en Limousin ? Quel est le degré de satisfaction de chaque intervenant et des patients ? Quelles améliorations faut-il apporter à son fonctionnement ?

Cette étude essaie de répondre à ces questions en précisant les critères de soins, de surveillance, de coordination du personnel soignant .

Il existe en Limousin deux services d'hospitalisation à domicile, l'un publique, l'HAD CHU, et l'autre privé, Santé Service Limousin (SSL), organisme à but non lucratif.

Pour cette étude, nous avons élaboré cinq questionnaires envoyés aux médecins hospitaliers, aux médecins généralistes, aux infirmiers libéraux et de SSL, aux infirmiers de l'HAD CHU et aux aides-soignantes de Santé Service Limousin.

L'étude des réponses obtenues aux différents questionnaires est présentée dans ce travail. Aux vues des résultats, nous essaierons de proposer des pistes pour améliorer la prise en charge du patient dans le cadre de l'HAD.

1) Organisation
de l'hospitalisation
à domicile

a) Historique

Les soins à domicile sont en France le fruit d'une longue tradition. Pendant de nombreux siècles, le domicile du malade fut le lieu presque exclusif d'exercice de la médecine.

Au moyen âge, les hôpitaux que l'on nommait les « Hôtels Dieu » étaient réservés à ceux qui portaient l'enseigne de « pauvreté et misère ». Les malades aisés avaient leur médecin personnel et étaient soignés à domicile.

A partir du 19^{ème} siècle, l'hôpital bénéficie des progrès des connaissances cliniques, mais il faut attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour qu'il devienne un lieu de diagnostics et de thérapeutiques à la pointe du progrès.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les hôpitaux français, en particulier parisiens, ne peuvent faire face à l'augmentation des besoins médicaux. En 1950, l'Assistance Publique charge l'un de ses administrateurs, Monsieur Jean ESTEVE, d'étudier une expérience américaine : le HOME CARE.

A) LE HOME CARE

En 1947, le Docteur BLUESTONE de l'hôpital de Montefiore de New York, confronté à un problème de surpopulation dans son service décide de suivre au domicile certains patients dont l'état de santé ne nécessite plus la présence continue d'une équipe médicale. Il crée donc les « Home Care » reposant sur le principe du déplacement du médecin hospitalier au domicile du patient.(17)

Cette création s'inscrit dans un courant de réflexion médicale et humanitaire avec une prise en compte des soins palliatifs (il faut soigner le malade et non sa maladie), une prise en considération par le médecin des problèmes moraux, familiaux et sociaux. Ce système de soins s'est rapidement étendu à tous les Etats Unis.

B) L'HAD EN FRANCE

En 1957, le bureau d'étude de l'Assistance Publique de Paris, après deux ans de préparation crée une organisation équivalente au Home Care américain pour des malades habitant Paris et issus du service du Professeur SIGUIER de l'hôpital de Tenon. Le personnel médico-social est attaché à l'Assistance Publique mais le patient est suivi à domicile par un médecin libéral ; ce service est présenté comme une ouverture de l'hôpital sur la médecine de ville.(10)

La première convention relative à l'hospitalisation à domicile entre l'Assistance publique de Paris et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale de Paris est signée le premier avril 1960.(9)

Dans le même temps, le Professeur DENOIS de l'Institut Curie crée Santé Service, hospitalisation à domicile privée.(9)

En 1970, la loi hospitalière mentionne l'HAD dans son article 4 relatif aux centres hospitaliers : (9)

« Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade et de sa famille pour continuer le traitement avec l'aide du médecin traitant. »

L'hospitalisation à domicile est donc une extension de l'hôpital à domicile et seuls les patients préalablement hospitalisés peuvent en bénéficier.

Le 12 mars 1973, se crée la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à domicile.

Le 29 octobre 1974, les autorités de tutelle et les Caisses Nationales d'Assurance Maladie aboutissent à l'édification de la Convention Nationale type de l'HAD fixant :

- les conditions d'admission des malades en HAD
- les critères relatifs aux états pathologiques susceptibles d'entraîner l'HAD
- les conditions de fonctionnement de l'HAD

Le 12 mars 1986, le Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales publie la circulaire suivante qui élargit les indications de l'HAD : (annexe 1)

« L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces 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 ...

D'une manière générale, l'hospitalisation à domicile s'adresse à tous les malades quel que soit le type de pathologie dont ils sont atteints.

Il convient toutefois de rappeler que les malades mentaux sont pris en charge selon les règles propres à la sectorisation psychiatrique. En ce qui concerne les autres pathologies, les limitations prévues par la circulaire n° 207 du 29 octobre 1974 précitée ne trouve plus de justification. »

Le 08 octobre 1992 (annexe 2) sont publiés au Journal Officiel des décrets relatifs à l'hospitalisation à domicile définissant la structure, le personnel et la prise en charge des patients (cf paragraphe b)2) cadre législatif de l'HAD).

b) SITUATION ACTUELLE

1) Etat des lieux en France

L'hospitalisation à domicile en France se caractérise par une grande variabilité dans sa répartition géographique et la diversité de ses services.

En effet, au 1^{er} janvier 1992, il existe 40 structures opérationnelles avec une forte concentration en région parisienne.(17)

L'HAD peut relever du service public, elle est alors intégrée à l'établissement hospitalier dont elle dépend et bénéficie de son infrastructure. Elle est aussi constituée d'un secteur privé à but non lucratif. Les services sont alors gérés par des associations de loi 1901, réunies en majorité au sein de la Fédération nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (fondée le 12 mars 1973). (annexe 3)

L'HAD, publique ou privée totalise environ 3500 places en 1992. Elle occupe une place marginale dans le système de soins, représentant 0.8 % de la capacité totale en lits d'hospitalisation complète (psychiatrie non incluse) et 0.3 % des admissions (chiffres de 1992 publiés en 1994 par le Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé, le CREDES).(27-13)

La taille des services varie d'une dizaine de places (Albi, Saint Nazaire) à 218 places (Soins et Santé à Lyon) pour atteindre 1000 à 1200 places à l'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et de Santé service Puteaux.(annexe 4)

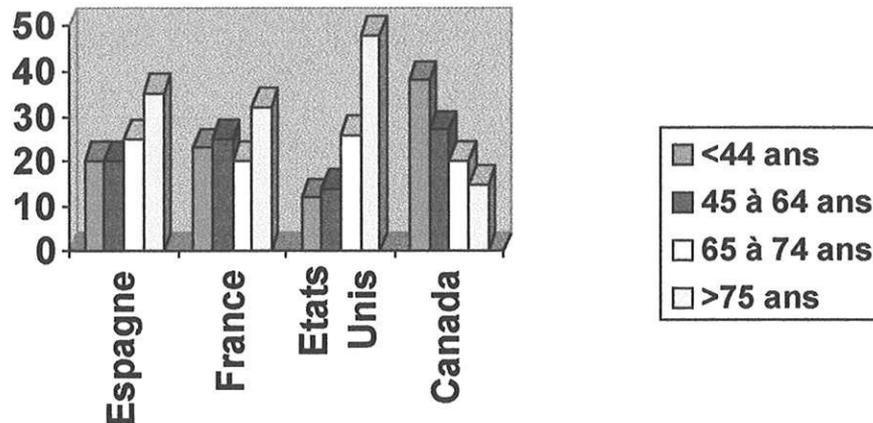
Sur le plan mondial, de nombreux pays suivent l'exemple des Etats Unis et de la France en développant l'hospitalisation à domicile : Hospital Care Home en Grande Bretagne en 1965, hôpital extra mural au Canada en 1981, Il Traamento a domicilio en Italie dans les années 80, Hospitalización a domicilio en Espagne en 1981, Häusliche Krankenpflege en Allemagne dans les années 70.

Mais seuls trois pays disposent d'une définition et d'une réglementation concernant l'hospitalisation à domicile : la France, les Etats Unis et l'Allemagne.

Ce vide juridique se traduit par une large liberté dans l'interprétation donnée à cette formule. La comparaison de la durée moyenne de séjour traduit ces disparités. Elle varie de 54 jours en Allemagne à 35 jours en France en 1990. Avoisinant 13 jours dans la région de Valence, en Espagne et au Québec, elle est réduite à 9 jours au centre de Peterborough en Grande Bretagne.

Un seul point commun apparaît : l'hospitalisation à domicile permet d'éviter une hospitalisation classique ou en réduit la durée.

Répartition des patients hospitalisés à domicile selon l'âge



L'HAD s'adresse essentiellement à des personnes âgées, à l'exception des hôpitaux québécois qui prennent une population plus jeune, ce qui peut expliquer la durée moyenne de séjour beaucoup plus courte que dans les autres pays.

2) Cadre législatif de l'HAD

L'hospitalisation à domicile est définie de façon précise depuis la circulaire de 1986 (annexe 1) et surtout depuis les décrets d'octobre 1992 (annexe 2).

La circulaire de 1986 publiée par le Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales définit le champ d'application, l'organisation et les perspectives d'évolution de l'hospitalisation à domicile. Elle insiste en particulier sur la notion d'intensité des soins comme critère de détermination de l'hospitalisation à domicile. D'une manière

générale, l'HAD s'adresse à tous les malades quel que soit le type de pathologie dont ils sont atteints, à l'exception des malades mentaux pris en charge selon des règles propres.

Le passage par un établissement hospitalier demeure un préalable à toute admission en HAD, qui peut toutefois être prescrite au cours d'une consultation externe.

Cette circulaire définit les règles de financement de l'HAD avec mise en place d'un tarif journalier. (annexe 1)

Les décrets du 02 octobre 1992, publiés le 08 octobre au journal officiel définissent l'HAD ainsi :

Selon l'article R.712-2-1 : « Les structures dites d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et para-médicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8. »

L'article D712-35 permet en outre au médecin traitant de prescrire une HAD sans hospitalisation ou consultation hospitalière préalables.

Il spécifie : « *L'admission d'un patient dans une structure dite d'hospitalisation à domicile mentionnée à l'article R.712-2-1, ainsi que sa sortie sont prononcées par le responsable de ladite structure après avis du médecin coordinateur mentionné à l'article D.712-37. »*

L'article D. 712-39 mentionne la nécessité d'un règlement intérieur propre à chaque structure en précisant notamment :

- Les qualifications du médecin coordinateur. Il organise le fonctionnement médical de la structure, et veille à la bonne transmission des dossiers médicaux.
- L'organisation générale des interventions et des permanences des personnels ainsi que les modalités de leur coordination.

Chaque secteur de soins d'HAD est constitué d'une surveillante sous la responsabilité de laquelle travaillent des infirmiers ; en effet, le personnel, outre les médecins, doit être constitué au moins pour moitié d'infirmiers diplômés d'Etat.

Les structures de soins sont tenues d'assurer la permanence des soins, y compris les dimanches et jours fériés. Elles garantissent aux patients leur transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine ou de chirurgie

c) L'hospitalisation à domicile à Limoges

1) Création des services d'HAD à Limoges

Le 12 mai 1980, le CHRU de Limoges a reçu l'autorisation ministérielle de créer un service d'HAD de 20 lits.(7)

Dans le même temps, Santé Service Limousin, organisme privé à but non lucratif qui exploitait déjà un service de soins à domicile (inauguré en janvier 1979 et fonctionnant depuis janvier 1980) a émis le souhait d'ouvrir une structure parallèle d'hospitalisation à domicile.

La distinction entre l'HAD et les soins à domicile est précisé par S. JUSKIEWENSKI dans son rapport au Conseil Economique et Social de 1981 :

« L'HAD correspond à la nécessité d'interventions polyvalentes, techniquement plus importantes que les soins à domicile, d'une coordination plus étroite entre les différents acteurs et de relations immédiates entre médecin traitant et équipe hospitalière. »

Le conseil d'administration de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Centre Ouest a autorisé le fonctionnement conjoint des 2 services d'hospitalisation à domicile avec 10 places chacun.

Le service public s'est ouvert en juillet 1980 et s'est rapidement étendu à 20 places en novembre 1980.

Santé Service Limousin a pu élargir sa capacité d'accueil à 20 places au début de son activité en octobre 1980.

En 1995, le nombre de lits d'hospitalisation à domicile à Limoges se répartit ainsi :

- 20 lits pour le service d'HAD du CHRU
- 17 lits pour Santé Service Limousin

2) Le service d'hospitalisation à domicile du CHRU de Limoges

a) Secteur géographique des soins

Le secteur d'intervention du service est strictement limité à la commune de Limoges et à la périphérie de la ville dans un rayon de 15 kilomètres.

b) Les locaux

Le service est situé à l'hôpital Jean Rebeyrol à proximité du CHU. Cette situation offre de nombreux avantages :

- une meilleure coordination avec le service hospitalier d'origine
- une communication des dossiers plus aisée
- elle permet d'assurer une garde de nuit grâce à une infirmière de l'hôpital J. Rebeyrol qui répond aux appels d'urgence et peut se déplacer éventuellement.

c) Organisation du service

L'équipe se compose :

- d'un médecin hospitalier, chef de service. Il assure la coordination avec les services hospitaliers, les médecins conseils et l'administration du CHRU.
- d'une surveillante. Elle s'occupe du service d'hospitalisation à domicile comme toute unité hospitalière en assurant la gestion du matériel, la planification des admissions, la liaison avec les intervenants libéraux et les autres structures. Elle évalue en collaboration avec le surveillant du service d'origine la charge de travail, les soins nécessités par l'état du malade. Enfin elle assure la planification du temps de travail du personnel soignant.
- de cinq infirmiers. Ils assurent les soins infirmiers et sont responsables de l'exécution des prescriptions médicales. Ils sont chargés de la tenue du dossier de soins, gardé dans le service.
- de deux aides-soignantes. Elles s'occupent des soins d'hygiène et de confort des patients et assurent éventuellement le lever.
- d'une assistante sociale à mi-temps. Elle effectue une enquête sociale pour s'assurer de la salubrité du logement. Elle règle aussi les problèmes sociaux éventuels avant ou au cours de l'intervention de l'HAD.
- du médecin traitant. L'HAD publique ou privée fonctionne grâce à l'intervention des médecins libéraux. Le patient a le libre choix de son médecin traitant. Ce dernier, s'il n'est pas le prescripteur, peut accepter ou refuser de prendre en charge le patient en HAD. S'il accepte, il a la responsabilité du traitement à domicile. Il est rémunéré à l'acte et décide en accord avec le service d'HAD de la fin du séjour de son patient.

d) Le prix de journée

Le service d'hospitalisation à domicile dépendant du CHRU est donc soumis aux règles de fonctionnement de l'hôpital. Le prix de journée est calculé chaque année par les services compétents du CHRU qui établissent un budget prévisionnel à partir des dépenses de l'année précédente.

Le prix tient compte de la rémunération du personnel, des frais de fonctionnement du service, des fournitures (à usage médical, carburants, les produits pharmaceutiques, les examens de laboratoire, les radiologies, intervention du kinésithérapeute...). Les produits pharmaceutiques sont fournis par les officines de ville grâce à une convention pour les médicaments peu onéreux ; les traitements plus lourds comme les antiviraux, les packs de nutrition sont délivrés par la pharmacie de l'hôpital.

Les honoraires médicaux des consultations des médecins traitants sont exclus du prix de journée ainsi que certains examens comme les échodopplers.

Ce prix de journée s'élève actuellement à 1004 francs/jour/patient.

e) Activité du service d'hospitalisation à domicile

En 1995, le taux d'occupation des lits est de 60%, soit 149 patients traités en HAD.

Les pathologies les plus retrouvées sont l'orthopédie et la cancérologie. Le service doit de plus en plus assurer des soins palliatifs, ce qui entraîne une surcharge de travail.

La moyenne d'âge est de 60 ans.

La durée moyenne de séjour dans le service d'HAD est de 30 jours. La prise en charge initiale est de 20 jours, au delà de ce délai la surveillante du service

d'HAD et le médecin traitant décident de la poursuite ou non d'une telle prise en charge.

Sur le plan national, la durée moyenne de séjour est de 35 jours en 1992, et l'âge moyen de 57 ans. (25)

3) Santé Service Limousin

a) Répartition géographique des soins

Santé Service Limousin intervient sur l'ensemble du département de la Haute – Vienne, agglomération de Limoges comprise.

b) Les locaux

Le service est établi dans des locaux privés à Limoges, numéro 3 rue Clouet. Il dispose également de trois antennes plus particulièrement réservées aux soins à domicile et situées à Saint-Junien, à Bellac et à Saint-Léonard de Noblat.

c) Organisation du service

Le patient lors de son admission bénéficie du concours d'une équipe pluridisciplinaire para-médicale et médicale. Cette équipe comprend :

- le médecin coordinateur, salarié de l'association. Il organise le fonctionnement médical de l'hospitalisation à domicile, il veille aux

besoins des patients. Il n'intervient pas sur le plan médical auprès des patients, fonction assurée par le médecin traitant.

- la surveillante. Elle procède à l'admission du patient et étudie le dossier médical avec le médecin prescripteur ou le service hospitalier d'origine. Elle s'assure de l'accord du patient et de l'entourage et organise la prise en charge tant sur le plan administratif (contact avec les médecins conseils des caisses) que médical (planification des soins, commande de matériels, transports du patient...)

- deux infirmières coordinatrices. Elles organisent les plans de travail en assurant la coordination entre les différents intervenants, les horaires de passage. Elles déterminent le matériel nécessaire à une bonne prise en charge. Elles n'assurent pas directement les soins, leur activité s'articule avec celles des infirmiers libéraux.

- sept aides-soignantes. Elles assurent les soins d'hygiène et de confort au domicile du patient ;elles aident à la prise des repas, au lever, au coucher.

Dans le cadre de Santé Service Limousin, les infirmiers libéraux (au libre choix du patient) assurent les soins. Leurs horaires de passages sont coordonnés par la structure d'HAD, en fonction des besoins du malade. Leurs soins sont rémunérés à l'acte et financés par le prix de journée que perçoit l'association.

Le médecin traitant décide de l'admission et de la fin de l'HAD. Il assure la continuité des soins et est seul responsable de ses prescriptions. Il est rémunéré à l'acte.

d) Le prix de journée

La gestion financière du service d'HAD de Santé Service Limousin se fait sous un système de prix de journée, calculée dans un cadre budgétaire fixé annuellement par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Le prix de journée actuel est de 850 francs/jour/patient.

Il comprend la rémunération des différents intervenants libéraux (infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, orthophonistes...), le matériel (fournitures médicales à usage unique, lits médicalisés...). Il ne couvre pas les honoraires des médecins généralistes, les médicaments et les examens complémentaires.

e) Activité de Santé Service Limousin

La durée moyenne de séjour en HAD en 1995 est de 30 jours tendant à augmenter car le service prend de plus en plus en charge des patients âgés nécessitant des soins palliatifs.

Les pathologies les plus fréquentes concernent la cancérologie, la cardiologie et la neurologie.

La moyenne d'âge en 1995 est de 70 ans.

Caractéristiques des 2 services d'HAD limougeaux et
comparaison avec les données nationales

	prix de journée en 1998 par jour et par patient	extension géographique	durée moyenne de séjour en 1995	moyenne d'âge
HAD CHU	1004 francs	15 kms autour de Limoges	30 jours	60 ans
SSL	850 francs	pas de limitation	30 jours	70 ans
HAD en FRANCE			35 jours	57 ans

Prestations incluses dans le prix de journée
de chaque service

	Soins infirmiers	kinés orthophonistes	médecins généralistes	biologie radios	médica- ments
HAD CHU	OUI	OUI	NON	OUI	OUI
SSL	OUI	OUI	NON	NON	NON

2) Questionnaires

et

commentaires

a) BUT DE L'ETUDE

Il est celui d'essayer d'apprécier le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile à Limoges et de faire des propositions pour l'améliorer. Pour cela nous avons voulu connaître l'opinion des différents intervenants, les éventuelles remarques soulevées par leur participation, les problèmes qu'ils rencontrent et leurs suggestions. Nous nous sommes intéressés aussi aux relations de travail des équipes d'HAD et du personnel libéral.

b) LES MOYENS

Pour réaliser ce travail, nous nous sommes limités à un secteur géographique de 20 kilomètres autour de Limoges.

Un questionnaire a été soumis, par courrier, à chacune des cinq classes d'intervenants de l'HAD : infirmiers de l'HAD CHU, infirmiers libéraux et de Santé Service Limousin, aides-soignants, médecins généralistes et médecins hospitaliers.

Les questionnaires sont anonymes et chaque document comporte un nombre de questions variables :

- 9 questions pour les médecins hospitaliers
- 12 questions pour les médecins généralistes
- 16 questions pour les infirmiers libéraux et de SSL

- 11 questions pour les aides-soignants de SSL
- 16 questions pour les infirmiers de l'HAD CHU

Il s'agit d'une enquête d'opinion et non d'une étude statistique. L'expérience des différents intervenants nous intéresse plus spécifiquement.

c) Questionnaires et résultats

1) Les médecins hospitaliers

L'étude s'est limitée aux chefs de services susceptibles de faire appel à l'hospitalisation à domicile et ce après avoir étudié les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans ce type de prise en charge.

Sur les 23 médecins contactés, 16 ont répondu au questionnaire soit 69 %.

❖ **Question 1 : Avez vous déjà confié un patient à l'HAD ?**

Nous pouvons constater que les médecins hospitaliers travaillent indifféremment avec les 2 services. Ceci s'explique aussi par le secteur géographique des services d'HAD. Nous rappelons que l'HAD CHU est limité à Limoges et 15 kilomètres autour de l'agglomération alors qu'il n'existe pas de restriction kilométrique en Haute-Vienne pour SSL.

❖ **Question 3 : Avez vous constaté plus de difficulté dans l'observance du traitement chez les patients en HAD par rapport aux patients hospitalisés ?**

Réponse : OUI : 0
 NON : 11
 PAS DE REPONSE : 5

Les 2 médecins qui travaillent avec l'HAD et qui n'ont pas répondu précisent qu'ils ne revoient plus les patients en cours d'HAD et ne peuvent pas apprécier l'évolution.

Pour les 11 autres(soit 69 %), l'observance du traitement est aussi bonne qu'en service hospitalier classique. L'HAD permet des traitements lourds à domicile et l'éloignement du CHU ne semble pas être un obstacle au suivi des malades.

2 médecins se plaignent cependant d'un manque de précision dans la surveillance de leur patient ; ils déplorent l'absence de « retour » d'informations de la part de l'équipe soignante et du médecin lors d'une nouvelle consultation ou pour une réhospitalisation.

❖ **Question 4 : Avez vous avec les équipes d'HAD des contacts**

- tout à fait satisfaisants : 6
- satisfaisants : 6
- peu satisfaisants : 1

- pas du tout satisfaisants : 0
- pas de réponse : 3

❖ **Question 5 : Avez vous avec les médecins généralistes des contacts :**

- tout à fait satisfaisants : 1
- satisfaisants : 10
- peu satisfaisants : 2
- pas du tout satisfaisants : 0
- pas de réponse : 3

Ces 2 questions s'intéressent à la collaboration entre les médecins hospitaliers et les intervenants de l'HAD. Ces réponses laissent apparaître une bonne entente ; il est à noter cependant, comme nous le citions précédemment, que certains médecins déplorent un manque d'information sur leur patient en HAD.

❖ **Question 6 : Trouvez vous souhaitable la participation du patient et de son entourage à certains soins ou gestes techniques ?**

Réponse : OUI : 13
 NON : 0
 PAS DE REPONSE : 3

❖ **Question 7 : Après une entrée en HAD, constatez vous une amélioration de :**

- son humeur : 6 / 16
- sa volonté à lutter contre la maladie : 3 / 16

- **ses troubles du sommeil** : 1 / 16
- **les effets secondaires du traitement** : 0
- **pas de réponse** : 9 / 16

Les 6 médecins qui n'ont pas répondu à cet item précisent qu'ils ne revoient pas le patient en cours d'HAD et ne peuvent donc pas juger des améliorations éventuelles.

❖ **Question 8 : En HAD l'entourage du patient vous semble t'il plus impliqué que lors d'une hospitalisation classique ?**

Réponse : OUI : 11
 NON : 2
 PAS DE REPONSE : 3

La participation du malade ou de son entourage aux soins quotidiens semble positive car elle permet plus d'autonomie et peut être une meilleure adhésion aux traitements. Les améliorations constatées au domicile ont plutôt porté sur l'humeur.

❖ **Question 12 : Quelles modifications souhaitez vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?**

Tous les souhaits se recourent pour un développement et un élargissement de l'HAD. De nombreux médecins hospitaliers regrettent la restriction géographique de 15 kilomètres autour de Limoges alors que cette dernière n'existe pas pour Santé Service Limousin.

Enfin 2 médecins souhaitent une simplification administrative dans la demande d'HAD et une réponse plus rapide à leur attente.

2) Médecins généralistes

Nous avons limité le secteur géographique à 20 kilomètres autour de Limoges.

Sur les 217 médecins contactés, 60 ont répondu aux questionnaires, soit un pourcentage de 27 %. Il nous semble intéressant pour apprécier en pratique l'HAD de distinguer Limoges et l'agglomération proche (Isle, Panazol) et le reste du secteur.

42 médecins limougeaudois ont répondu sur les 154 contactés (27 %) et 18 sur les 63 exerçant à distance de la ville (28 %).

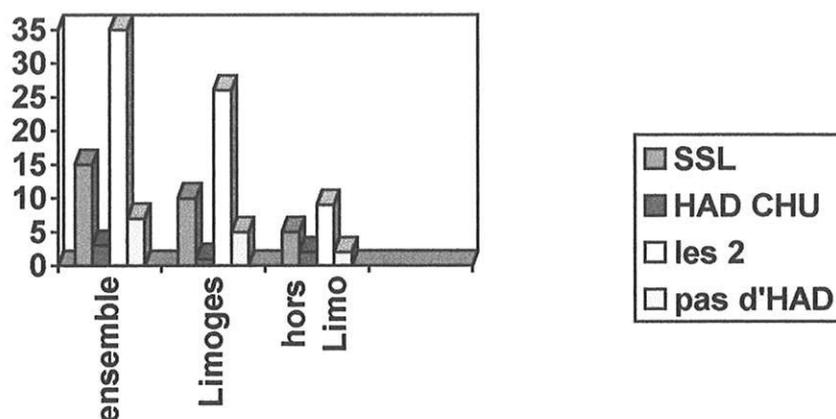
❖ Question 1 : Vous êtes vous occupés de personnes en HAD ?

<u>Réponse</u> :	OUI	NON
Ensemble	53	7
Limoges	37	5
Hors Limoges	16	2

❖ Question 2 : Avec quelle structure travaillez -vous régulièrement ?

<u>Réponse</u> :	SSL	HAD CHU	LES 2	SANS REPONSE
Ensemble	15	3	35	7
Limoges	10	1	26	5
Hors Limoges	5	2	9	2

Questions 1 et 2 médecins généralistes



❖ **Question 3** : Si vous n'êtes pas le prescripteur, avez-vous accueilli la décision d'entrée en HAD de votre patient de façon :

	ensemble	Limoges	Hors Limoges
- très favorable	23	15	8
- favorable	27	21	6
- plutôt défavorable	2	1	1
- tout à fait défavorable	0	0	0
- pas de réponse	8	5	3

❖ **Question 4** : L'HAD vous a t- il permis de côtoyer de nouvelles techniques ?

Réponse :	OUI	NON	SANS REPONSE
Ensemble	6	47	7
Limoges	5	32	5
Hors Limoges	1	15	2

Les médecins généralistes travaillent indifféremment avec les 2 services d'HAD et ont accueilli de façon plutôt favorable l'entrée de leur patient en HAD.

Les traitements lourds et les nouvelles techniques hospitalières de soins ne sont pas inconnues ; lorsqu'ils apparaissent, ils concernent essentiellement les sites de perfusion et l'alimentation parentérale.

❖ **Question 5 : Par ce système de soins, avez-vous constaté une amélioration de vos contacts avec les médecins spécialistes ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON	PAS DE REPONSE
Ensemble	9	41	10
Limoges	6	29	7
Hors Limoges	3	12	3

❖ **Question 6 : Avez-vous été en opposition avec les décisions prises par le médecin hospitalier ?**

<u>Réponse :</u>	SOUVENT	PARFOIS	JAMAIS	SANS REPONSE
Ensemble	1	27	25	7
Limoges	1	18	18	5
Hors Limoges	0	9	7	2

L'intervention de l'hôpital chez un malade à domicile n'a pas permis aux médecins généralistes d'avoir, dans l'ensemble, des meilleurs contacts avec les médecins hospitaliers. Les relations semblent par ailleurs assez difficiles, 10 médecins généralistes (soit 16 %) reprochent souvent aux médecins hospitaliers leur manque de disponibilité et le retard pour leur faire parvenir les informations. 2 généralistes déplorent le manque de relations avec le médecin coordinateur de SSL.

❖ **Question 7 : Avez-vous remarqué un changement de comportement dans la famille ou l'entourage du malade pendant la période d'intervention de l'HAD au domicile ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON	PAS DE REPONSE
Ensemble	30	22	8
Limoges	22	14	6
Hors Limoges	8	8	2

❖ **Question 8 : Lors de l'HAD, vous avez ressenti votre rôle de soutien psychologique auprès du malade comme :**

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges
- déterminant	12	8	4
- important	40	28	12
- faible	1	1	0
- pas de réponse	7	5	2

❖ **Question 9 : Avez-vous dû intervenir plusieurs fois en urgence auprès du malade ou de sa famille pour une situation de stress ou d'angoisse vis à vis de :**

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges
- la maladie	36	16	10
- les responsabilités de l'HAD	10	7	3
- l'isolement	8	5	3

- les techniques médicales	14	10	4
- pas de réponse	20	13	7

L'HAD ne semble pas modifier les rapports entre les médecins généralistes et leur patient. Ils perçoivent leur rôle de soutien psychologique comme important et ce d'autant plus qu'ils connaissent le malade auparavant.

Aux vues des réponses, l'HAD occasionne un surplus de travail qui n'a pas de caractère d'urgence mais paraît plutôt quotidien lié à la sévérité de la pathologie traitée.

❖ **Question 10 : Pensez-vous que le cahier de liaison concernant les soins et les prescriptions est un système adapté pour le domicile ?**

Réponse :	OUI	NON	PAS DE REPONSE
Ensemble	45	6	9
Limoges	33	2	7
Hors Limoges	12	4	2

❖ **Question 11 : Ressentez-vous parfois un manque :**

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges
- de techniques	5	3	2
- de matériels	7	6	1
- les 2	39	27	12
- pas de réponse	9	6	3

Globalement, les médecins généralistes apprécient le cahier de liaison pour le suivi du patient. Les remarques négatives concernent la tenue du document parfois mal rempli selon certains avec une difficulté à trouver les informations importantes. 10 médecins préféreraient une rencontre avec l'équipe soignante afin de définir un projet thérapeutique.

Seuls 2 médecins précisent que le manque de techniques concerne essentiellement la chimiothérapie et les soins palliatifs. Quatre médecins ont ajouté un troisième item en déplorant le manque de personnels sans autre précision. Un médecin éprouve des difficultés pour des gestes techniques comme replacer une sonde gastrique.

❖ **Question 12 : Quelles modifications souhaitez-vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?**

Les médecins généralistes sont favorables à l'HAD et souhaitent une extension de la capacité d'accueil des 2 services. Cette donnée paraît contradictoire, car le taux d'occupation des 2 services témoigne que le nombre de lits en HAD semble supérieur à la demande.

D'une manière générale, ils aimeraient avoir de meilleurs contacts avec les médecins hospitaliers et surtout une meilleure coordination dans leur travail.

Beaucoup de médecins insistent sur l'importance de l'entourage qui assure une présence 24 heures / 24 auprès du patient et, sans qui, l'HAD ne pourrait être réalisée.

Enfin certains médecins, encore mal informés, regrettent de ne pouvoir prescrire l'HAD sans hospitalisation préalable. Nous rappelons que depuis le décret de 1992, cette obligation n'existe plus et le médecin généraliste peut prescrire personnellement une HAD.

3) Infirmiers libéraux et de Santé Service Limousin

Ce questionnaire comprend 16 questions dont 3 sont destinées spécifiquement aux infirmiers (IDE) libéraux et 2 aux IDE de Santé Service Limousin (SSL). Les autres items concernent à la fois le secteur libéral et associatif, ils s'intéressent essentiellement aux rapports du personnel soignant avec les patients et les médecins généralistes.

Sur les 2 infirmières de SSL, une a répondu au questionnaire.

Pour les IDE libéraux, nous avons adressé 105 enveloppes, 19 réponses nous sont parvenues.

De la même façon que pour les médecins généralistes, nous avons limité le secteur à 20 kilomètres autour de Limoges. Dans l'agglomération, après contact avec Madame CONIA surveillante de SSL, nous nous sommes adressés aux cabinets infirmiers dont le travail en groupe permet plus facilement de prendre en charge des patients en HAD. Sur 24 envois (soit 57 personnes concernées), 8 personnes nous ont répondu soit un taux de 14 %. Il est à noter qu'un document est vierge car l'infirmière n'a jamais pris en charge de patient en HAD.

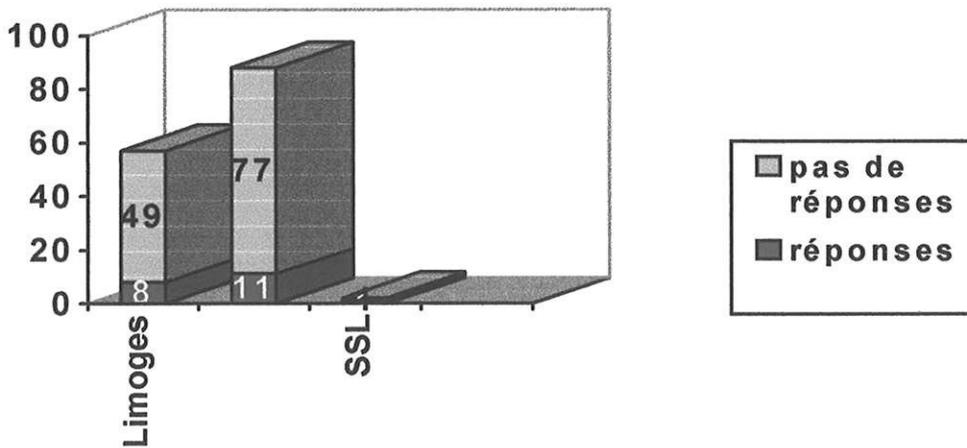
Nous avons obtenu 11 réponses sur les 88 personnes interrogées en dehors de Limoges soit un pourcentage de 12.5 %.

Au total, sur les 145 infirmiers libéraux contactés, 18 réponses sont exploitables (12.40 %) auxquelles il faut rajouter le questionnaire de l'infirmière de SSL.

❖ **Question 1 : Si vous êtes IDE libéral, avez-vous hésité à participer aux soins d'un malade en HAD ?**

Réponse :	OUI	NON
Ensemble	3	15
Limoges	2	5
Hors Limoges	1	10

participation IDE libéraux et de SSL à l'enquête



❖ **Question 2** : Si vous êtes infirmier de SSL, est-ce votre premier poste à SSL ?

Réponse : NON

Si non où travailliez-vous auparavant

Réponse : service hospitalier, au bloc opératoire

Pourquoi avez-vous choisi de travailler à SSL ?

Réponse : attrait d'un travail nouveau

❖ **Question 3** : Avez-vous ressenti le besoin de formations techniques et médicales supplémentaires pour prendre en charge des patients en HAD ?

<u>Réponse</u> :	OUI	NON	PAS DE REPONSE
Ensemble	8	10	1
Limoges	3	4	0
Hors Limoges	4	6	1
SSL	1	0	0

Les réponses sont partagées sur le besoin de formations. Quand elles apparaissent, elles concernent essentiellement la chimiothérapie pour 4 personnes, le SIDA pour 4 autres, et les techniques telles les KT tunnelliés, les sites implantables (5 personnes) ...

❖ **Question 4** : Pour la prise en charge d'un patient en HAD, pensez-vous avoir été :

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges
- très bien informé par le prescripteur	1	0	1
- bien informé	7	3	4
- peu informé	6	3	3
- pas du tout informé	4	1	3

La personne de SSL n'a pas donné de réponse à cette question.

Les infirmiers déplorent souvent le manque d'informations fournies pour prendre en charge un patient en HAD. Cet état de fait concerne à la fois le travail urbain et rural, en notant que 27 % des infirmiers exerçant en campagne disent ne pas avoir été du tout informés contre 14 % en ville.

❖ **Question 5 : Pensez-vous que le cahier de liaison concernant les soins et les prescriptions est un système adapté pour le domicile ?**

Réponse :	OUI	NON
Ensemble	17	2
Limoges	7	0
Hors Limoges	9	2
SSL	1	0

Le cahier de liaison paraît un bon moyen de contact. De nombreux infirmiers ont ajouté indispensable pour une bonne prise en charge du patient. Il est à rappeler que ce cahier reste chez le patient et donc toutes les remarques peuvent y être consignées.

Les 2 aspects négatifs concernent essentiellement le manque de clarté (avec difficulté à trouver rapidement les informations qui correspondent au travail infirmier

et ce par manque de repères) et l'absence de confidentialité par rapport à l'entourage.

❖ **Question 6 : Dans le cadre de l'HAD, vos actions vous demandent-elles davantage d'initiatives ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON
Ensemble	13	6
Limoges	4	3
Hors Limoges	8	3
SSL	1	0

❖ **Question 7 : Avez-vous fréquemment obtenu en dehors de la présence du malade des contacts avec l'entourage qui vous pose des questions, vous fait des confidences ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON
Ensemble	19	0

❖ **Question 8 : Vous sentez-vous parfois seul dans votre travail en HAD ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON
Ensemble	6	13
Limoges	2	5
Hors Limoges	4	7
SSL	0	1

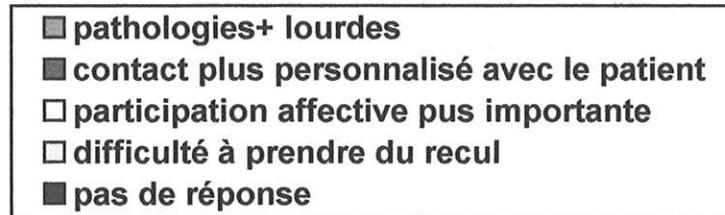
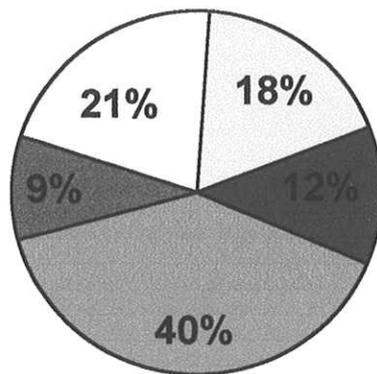
Les infirmiers sont les confidentes des familles qui sont souvent rassurées par leur présence. Ils assurent un soutien moral par leur écoute. Il n'y a cependant pas de notion de solitude pour 68 % d'entre eux, probablement car le travail libéral leur apprend à assumer des situations parfois difficiles.

❖ **Question 9 : Avez-vous des périodes de stress dans votre travail en HAD liées :**

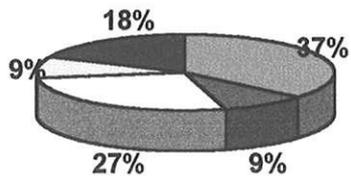
	Ensemble	Limoges	Hors Limoges	SSL
- pathologies + lourdes	13	4	8	1
- contact personnalisé avec le patient	3	1	2	0
- participation affective ++	7	3	3	1
- difficulté à prendre du recul	6	1	4	1
- pas de réponse	4	2	2	0

GRAPHIQUES QUESTION 9

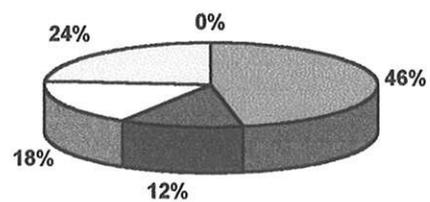
ensemble



Limoges



Hors Limoges



❖ **Question 10** : Lors d'une visite à domicile en dehors des gestes techniques effectués, vous consacrez :

<u>Réponse</u> :	20 %	50 %	80 %	Pas de réponse
Ensemble	4	12	0	3
Limoges	1	5	0	1
Hors Limoges	2	7	0	2
SSL	1			

du temps au dialogue avec le patient et son entourage.

Cette question difficile a souvent soulevé la même remarque : il paraît impossible de dissocier le temps passé à faire les soins et celui passé à parler avec le malade ; cependant, le dialogue tient une place importante dans chaque acte infirmier 50 % au moins.

❖ **Question 11** : Une éventuelle réhospitalisation est-elle ressentie :

a) Par le patient :

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges	SSL
- comme un échec	4	1	2	1
- comme une alternative	10	4	6	
- les deux	2	2	0	
- pas de réponse	3	0	3	

b) Par l'entourage :

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges	SSL
- comme un échec	5	0	4	1
- comme une alternative	10	5	5	0

- les deux	2	2	0	0
- pas de réponse	2	0	2	0

Pour les infirmiers, il existe 2 causes de réhospitalisation. L'état du patient peut s'aggraver et nécessiter une surveillance et des soins plus lourds impossible à réaliser au domicile même dans le cadre de l'HAD. Ou, l'entourage ne peut plus assumer le patient, cela demande en effet un investissement important sur le plan affectif et matériel, une présence 24 heures sur 24.

Selon eux, la réhospitalisation peut être vécue comme un échec, si les limites de l'HAD ne sont pas clairement définies dès le début de cette prise en charge (comme par exemple, l'aggravation de l'état pathologique du patient). L'équipe soignante a un rôle important en préparant la famille ou le malade à une éventuelle hospitalisation. Elle doit déculpabiliser l'entourage si ce dernier ne peut plus assumer le patient. La réhospitalisation peut alors être vécue comme une alternative.

❖ **Question 12 : En tant qu'IDE libéral, avez-vous avec les équipes d'HAD des contacts**

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges
- tout à fait satisfaisants	12	4	8
- satisfaisants	5	3	2
- peu satisfaisants	0	0	0
- pas du tout satisfaisants	1	0	1

❖ **Question 13 : En tant qu'IDE de SSL avez-vous avec les IDE libéraux des contacts :**

Réponse : Satisfaisants

❖ **Question 14 : Avez-vous avec les médecins généralistes des contacts :**

	Ensemble	Limoges	Hors Limoges	SSL
- tout à fait satisfaisants	4	0	4	0
- satisfaisants	10	5	4	1
- peu satisfaisants	3	1	2	0
- pas du tout satisfaisants	2	1	1	0

Même si 52 % des infirmiers ont des contacts satisfaisants avec les médecins généralistes, il ressort de différentes annotations apposées à la suite de cet item que les relations doivent s'améliorer. Cette précision apparaît surtout sur les questionnaires remplis hors de Limoges. Les infirmiers demandent aux médecins généralistes une meilleure coopération et une implication plus importante dans l'HAD. Ils déplorent un manque d'investissement du corps médical. Selon eux, les contacts se feraient habituellement à l'initiative de l'IDE libéral.

❖ **Question 15 : En tant qu'IDE libéral, reprendriez-vous en charge un patient en HAD ?**

Réponse : OUI : 18
 NON : 0

❖ **Question 16 : Quelles modifications souhaiteriez-vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?**

Les infirmiers sont unanimes, l'HAD est une prise en charge qui leur plaît et ils souhaitent une extension des indications et des prises en charge. Les IDE demandent une meilleure considération du corps médical et du personnel infirmier hospitalier qui les jugent souvent moins compétents car hors des structures hospitalières classiques.

Nous retrouvons dans ce questionnaire le manque de communication avec les médecins généralistes (pour 9 infirmiers soit 50 %). 3 personnes proposent d'organiser des réunions entre les différents partenaires de l'HAD pour harmoniser les attitudes et coordonner les soins ; suivant les pathologies, les patients et leur entourage peuvent participer à cette discussion.

Enfin la question 3 montre que 8 infirmiers déplorent un manque de techniques et de notions sur des pathologies lourdes comme le SIDA... La formation médicale continue existe pour le secteur infirmier libéral, quoique marginale (problème de coût, de temps), elle serait cohérente selon les infirmiers si elle était délivrée en milieu hospitalier.

4) Les infirmiers de l'HAD du CHU

Ce questionnaire comprend 16 items que l'on peut classer en quatre thèmes :

- Travail en HAD et travail en service hospitalier classique
- Le malade et son entourage en HAD
- Implication personnelle dans le travail en HAD
- Relations avec les différents intervenants de l'HAD

Trois infirmières ont répondu aux questionnaires sur les 5 travaillant dans le service.

- Travail en HAD et travail en service hospitalier classique

❖ **Question 1 : Pensez-vous que le travail en HAD se rapproche du travail infirmier libéral ?**

<u>Réponse</u> :	OUI	NON
	1	2

❖ **Question 2 : Avez-vous moins de contraintes hiérarchiques en HAD que dans un autre service hospitalier ?**

<u>Réponse</u> :	OUI	NON
	2	1

❖ **Question 3 : Le travail en HAD vous permet-il d'organiser votre travail de manière plus souple qu'en service hospitalier ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON
	2	1

❖ **Question 4 : Avez-vous en HAD l'obligation de prendre plus d'initiatives au plan médical qu'à l'hôpital ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON
	3	0

❖ **Question 5 : Avez-vous un travail plus diversifié qu'à l'hôpital ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON
	3	0

Pour 2 infirmières, le travail en HAD semble avoir moins de contraintes hiérarchiques que le travail en service hospitalier classique ou du moins le poids de cette hiérarchie est moins ressenti. L'organisation du travail est plus souple, mais, selon une infirmière, demande davantage de rigueur. Le travail est plus diversifié avec un rôle d'éducation, d'actes de soins, de soutien psychologique...

➤ Implication personnelle dans le travail en HAD

❖ **Question 6 : Vous sentez-vous parfois seule dans votre travail en HAD ?**

<u>Réponse :</u>	OUI	NON
	3	0

❖ **Question 7 : Avez-vous des périodes de stress dans votre travail en HAD liées :**

	OUI	NON
- éloignement de la hiérarchie entraînant une responsabilité importante	3	0
- participation affective plus grande	3	0
- difficulté à prendre du recul	3	0

❖ **Question 8** : Avez-vous l'impression de mieux connaître le malade en HAD qu'en hospitalisation classique ?

Réponse :	OUI	NON
	3	0

❖ **Question 9** : Pensez-vous avoir en HAD plus de temps pour vous occuper d'un patient qu'un infirmier hospitalier ?

Réponse :	OUI	NON
	1	2

❖ **Question 10** : Avez-vous fréquemment en dehors de la présence du malade des contacts avec son entourage qui vous pose des questions, vous fait des confidences ?

Réponse :	OUI	NON
	3	0

❖ **Question 11** : Lors d'une visite à domicile, en dehors du geste technique effectué vous consacrez :

- 20% : 1
- 50% : 1
- 80% : 0
- pas de réponse : 1

du temps au dialogue avec le patient et son entourage.

Il existe donc une notion de solitude et de stress dans ce travail, liés peut-être à l'éloignement d'une équipe soignante sur place comme dans un service hospitalier classique. Elles doivent parfois répondre seules aux questions posées par le malade sur l'évolution de la pathologie, le traitement...

Comme les infirmiers libéraux, elles ont un rôle de confidente en assurant un soutien moral.

➤ Le malade et son entourage en HAD

❖ **Question 12 : Une éventuelle réhospitalisation est-elle ressentie :**

a) Par le patient :

- **comme un échec : 1**
- **comme une alternative : 3**

b) Par l'entourage :

- **comme un échec : 1**
- **comme une alternative : 3**

Une infirmière donne une double réponse ; selon elle, le sentiment du patient ou de l'entourage est variable suivant les raisons de la réhospitalisation. Elle sera considérée comme une alternative s'il s'agit d'un séjour hospitalier court (comme pour une cure de chimiothérapie), et comme un échec si l'hospitalisation est liée à une aggravation de l'état clinique du patient.

Pour une autre infirmière, la réhospitalisation est parfois ressentie par l'entourage comme un soulagement car les contraintes sont très difficiles à supporter.

❖ **Question 13** : Les patients en HAD ont-ils selon vous une volonté plus forte de combattre la maladie par rapport aux personnes hospitalisées ?

<u>Réponse</u> :	OUI	NON
	3	0

Selon ces infirmières, les patients en HAD paraissent plus motivés à lutter contre la maladie. Accompagnés de leur entourage, ils n'hésitent pas à participer aux soins, et là se retrouve le rôle d'éducation de l'infirmière de l'HAD. Cet apprentissage permet aussi de garder plus d'autonomie et de liberté vis à vis de l'organisation de leur traitement.

➤ Travail en collaboration extra-hospitalière

❖ **Question 14** : Vous avez avec les équipes libérales (kinésithérapeutes, diététiciens...) des contacts :

- tout à fait satisfaisants : 0
- satisfaisants : 2
- peu satisfaisants : 0
- pas du tout satisfaisants : 0
- pas de réponse : 1

❖ **Question 15** : Vous avez avec les médecins généralistes des contacts :

- tout à fait satisfaisants : 2
- satisfaisants : 1
- peu satisfaisants : 0
- pas du tout satisfaisants : 0

Deux infirmières sur trois n'ont aucun problème de communication avec les autres intervenants de l'HAD ; la dernière répond n'avoir aucune relation avec le secteur libéral paramédical. Les 3 infirmières ont de bons contacts avec les médecins généralistes contrairement à ce que nous avons constaté dans les réponses de certains IDE libéraux. L'infirmière de l'HAD fait partie d'une équipe représentée par le service et coordonnée par une surveillante ; elle est peut être beaucoup moins dépendante du médecin généraliste que ne l'est sa collègue libérale.

❖ **Question 16 : Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apporter au système pour l'avenir ?**

Une infirmière souhaite le développement de ce système de soins. Les deux autres déplorent le manque de personnel médical, ce qui entraîne une sollicitation plus importante de l'entourage.

Une infirmière souhaiterait la présence d'un psychologue pour les aider dans des situations difficiles comme l'accompagnement d'un patient en fin de vie.

5) Aide-soignante de Santé Service Limousin

La totalité des aides-soignantes travaillant à Santé Service Limousin, soit 7 personnes ont répondu au questionnaire qui comprend 11 questions.

❖ Question 1 : Est-ce votre premier poste à SSL ?

Réponse : OUI 1
 NON 6

Pourquoi avez-vous choisi de travailler à SSL :

- attirait d'un travail nouveau : 1
- Travail hors des structures hospitalières classiques 5

Les précédents emplois sont variés et comprennent : le CHU, une maison de retraite, la croix-rouge, une clinique.

Le choix de SSL en dehors de la découverte d'un travail nouveau se fait aussi pour régler des problèmes personnels comme le complément d'un mi-temps.

❖ Question 2 : Avez-vous ressenti le besoin de formations techniques et médicales supplémentaires pour prendre en charge un patient en HAD ?

Réponse : OUI : 1
 NON : 6

Une aide-soignante souhaiterait avoir une formation sur les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie.

❖ Question 3 : Pensez-vous que le carnet de liaison concernant les soins est un système adapté pour le domicile ?

Réponse : OUI : 7
 NON : 0

❖ **Question 4 : Dans le cadre de l'HAD, vos actions vous demandent-elles davantage d'initiatives ?**

Réponse : OUI : 5
 NON : 2

❖ **Question 5 : Avez-vous fréquemment obtenu en dehors de la présence du malade des contacts avec l'entourage qui vous pose des questions, vous fait des confidences ?**

Réponse : OUI : 6
 NON : 1

L'aide-soignante a aussi un rôle de confidente. Ce qui ressort de tous les questionnaires, c'est le besoin de l'entourage et du malade à communiquer, à être rassurés.

❖ **Question 6 : Lors d'une visite à domicile, en dehors des gestes techniques effectués, vous consacrez :**

20 % : 1
 50 % : 3
 80 % : 1
 pas de réponse : 2

du temps au dialogue avec le patient et son entourage.

Là encore, il est difficile de quantifier en temps la place du dialogue indissociable de l'acte de soins. Il apparaît cependant que ce dernier prend une place importante : 50% du temps pour la majorité voire 80 % pour une des personnes interrogées. Cela dépend aussi du patient et des gestes effectués.

❖ **Question 7 : Une éventuelle réhospitalisation est-elle ressentie :**

a) Par le patient

- comme un échec : 3
- comme une alternative : 3
- pas de réponse : 1

b) Par l'entourage

- comme un échec : 3
- comme une alternative : 4

Les avis sont partagés sur les sentiments du patient face à une éventuelle réhospitalisation ; une des aides-soignantes a noté que l'ensemble de l'équipe soignante doit développer le maximum de moyens pour garder le patient à domicile.

❖ **Question 8 : Avez-vous avec les IDE des contacts :**

- tout à fait satisfaisants : 5
- satisfaisants : 2
- peu satisfaisants : 0
- pas du tout satisfaisants : 0

❖ **Question 9 : Vous sentez-vous parfois seule dans votre travail en HAD ?**

Réponse : OUI : 3
 NON : 4

❖ **Question 10 : Avez-vous des périodes de stress dans votre travail liées :**

- à un contact plus personnalisé avec le patient : 0
- à des pathologies plus lourdes qu'habituellement : 2
- à une difficulté à prendre du recul : 4
- pas de réponse : 1

Il paraît difficile de prendre les distances avec le patient, sentiment que l'on peut rapprocher de la notion de solitude. En HAD, pendant l'acte technique, l'aide-soignante est seule au domicile ; l'équipe existe en théorie (différents intervenants libéraux, IDE, médecin généraliste...) mais les contacts directs entre soignants sont rares et se font essentiellement par le biais du carnet de liaison.

❖ **Question 11 : Quelles modifications souhaiteriez-vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?**

Globalement les aides-soignantes souhaiteraient un développement du service avec une augmentation du nombre de lits. Cela inclue une meilleure connaissance de cette prise en charge par le public et par le corps médical, ce qui permettrait une extension des indications et l'utilisation de tous les lits actuels de l'HAD.

d) CONCLUSION GENERALE DE L'ETUDE

Les questionnaires et les réponses apportées par les différents acteurs de l'HAD permettent de dégager quelques idées fortes.

- La quasi-totalité des personnes interrogées sont favorables à l'HAD et souhaitent son développement. Il n'a pas été noté de différences entre le secteur publique, l'HAD CHU et SSL, association à but non lucratif.
- Les conditions d'exercice pour le personnel soignant sont intéressantes, difficiles, avec une implication personnelle importante et des pathologies lourdes nécessitant des compétences particulières.
- De bonnes relations entre le « secteur de ville » et le « secteur hospitalier » sont indispensables pour réussir une HAD, or elles ne sont pas toujours vécues comme un partenariat. Les médecins généralistes et les médecins hospitaliers se plaignent souvent d'un manque d'informations réciproques. Le personnel infirmier demande une meilleure considération des soignants exerçant dans une structure hospitalière classique.
- Les infirmiers libéraux, les IDE de SSL et les aides-soignants ressentent souvent un manque de formation pour la prise en charge d'une personne en HAD. Ces besoins concernent à la fois des données techniques comme les sites implantables

mais aussi des connaissances sur certaines pathologies comme le SIDA ou le cancer.

- L'HAD est un travail collectif et le partage des responsabilités doit être clairement posé. Beaucoup se plaignent d'un manque de communication en particulier entre médecins généralistes et personnel infirmier.
La décision d'HAD doit être partagée avec le patient et sa famille. Son entourage joue un rôle fondamental.
- Chaque intervenant a noté une amélioration de l'état psychique du patient avec pour certains reprise d'une certaine autonomie. L'HAD apporte un confort appréciable et la possibilité de vivre quotidiennement entouré des siens.

3) Propositions

pour mieux réussir

I'HAD

A) LES AVANTAGES DE L'HAD

1) Médicaux

Les prescripteurs d'HAD interrogés, les intervenants libéraux, les patients sont satisfaits de ce mode de prise en charge. L'HAD évite une hospitalisation classique, les actes de soins, leur nombre, leur nature, leur intensité sont comparables à ceux susceptibles d'être prodigués à l'hôpital.

Les pathologies nouvelles comme le SIDA rendent nécessaires la mise en place de telles structures. Il s'agit souvent de patients jeunes qui peuvent retrouver à domicile une certaine autonomie.

Le phénomène de vieillissement de la population française concourt aussi au développement de l'HAD. L'hospitalisation d'une personne âgée peut provoquer l'apparition d'un état de dépendance physique ou psychique ; ce risque est réduit par l'HAD. Elle peut ainsi devenir un substitut voire un complément des services de moyen séjour. Ces derniers consistent en l'accueil pour moins de trois mois de personnes nécessitant des soins médicaux et paramédicaux quotidiens.

Le développement des soins palliatifs dans l'HAD permet d'assurer la continuité des soins chez les patients en fin de vie. Certaines structures ont d'ailleurs

mis en place des cellules de soins palliatifs avec des infirmiers spécifiques formés à ces pathologies. C'est le cas de l'HAD de RODEZ.

2) Economiques

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, le poids de l'hôpital qui représente près de 41 % de la dépense nationale courante (chiffres de 1991) conduit à se demander si un plus large recours aux alternatives à l'hospitalisation classique ne permettrait pas d'en diminuer le montant. (17)

Dans un premier temps, les organismes payeurs craignaient que l'HAD s'ajoute aux anciennes structures au lieu de s'y substituer. Cette préoccupation est réglée depuis les décrets d'octobre 1992 qui stipulent que toute création de place en HAD devra entraîner la fermeture d'un lit d'hospitalisation à temps complet. (24 – 27)

Sur le plan national, l'étude du CREDES (Centre de recherche, d'étude et de communication en économie de la santé) prouve que l'HAD, malgré sa relative marginalité, contribue à réduire les dépenses de santé si les indications sont bien posées.(24)

L'HAD permet de réaliser des économies lorsqu'elle se substitue au court séjour, à l'hôpital de jour ou de semaine où les prix de journée sont plus élevés.

Par contre, lorsque l'HAD est prescrite à la place d'un long séjour ou d'une maison de retraite, elle n'entraîne plus une économie mais une dépense plus élevée. (24)

B) LES BESOINS DE L'HAD

1) Une meilleure communication entre les intervenants

L'HAD est considérée comme une alternative à l'hospitalisation classique. Il existe des freins à son développement au niveau des prescripteurs que ce soient les médecins généralistes ou les médecins hospitaliers. En effet, cette structure demande une collaboration entre médecine de ville et hôpital ; or il existe souvent un cloisonnement entre ces deux secteurs. Ces problèmes de communication sont considérés comme un handicap dans le fonctionnement de l'HAD qui s'appuie en partie sur ce partenariat.

Les médecins hospitaliers hésitent à prescrire une HAD par manque d'informations claires et ils ont parfois la crainte d'une insuffisance de qualité de soins ou de surveillance.

Le médecin traitant est lui aussi mis en cause dans les carences actuelles de l'HAD. Il ne connaît pas toujours bien ce mode de prise en charge ; certains ne savent pas qu'ils peuvent prescrire une HAD sans hospitalisation préalable depuis les décrets d'octobre 1992. Le suivi de leur patient nécessite une prise en charge médicale plus lourde avec des visites à domicile plus fréquentes.

Les infirmiers se plaignent des contacts insuffisants avec les médecins généralistes. La communication se fait mal et ce malgré le carnet de liaison difficile à consulter pour certains.

2) Un élargissement de la couverture géographique

Comme nous l'avons vu, la France n'est pas entièrement pourvue en secteurs d'HAD, ce qui provoque des demandes qui ne sont pas satisfaites. Le développement de cette prise en charge en zone rurale est indispensable pour rendre crédible son rôle d'alternative. Une volonté politique doit donc être mise en œuvre pour favoriser l'HAD.

On parle actuellement de fermer des lits d'hôpitaux dans certaines régions françaises ; ne serait-il pas souhaitable, pour améliorer le système de soins, de développer dans ces régions l'HAD et d'en faire une alternative à l'hospitalisation classique. A traitement équivalent, certains patients préfèrent être soignés chez eux plutôt qu'à l'hôpital.

C) SUGGESTIONS POUR UNE HAD ADAPTEE

1) Sur le plan local

a) Faire connaître l'HAD

Il est nécessaire d'informer, aussi bien les services hospitaliers que les médecins libéraux, des soins envisageables pour le malade à son domicile en tenant compte des spécificités d'une HAD, en particulier de la présence indispensable de l'entourage.

Il est important d'informer les médecins des différents modes d'accès à l'HAD et du fonctionnement d'une telle structure. Nous nous sommes aperçus aux réponses données que certains médecins généralistes ne connaissent pas la possibilité d'une hospitalisation à domicile prescrite lors d'une consultation de ville et que les secteurs géographiques des deux services sont encore méconnus.

b) Définir les objectifs de soins et améliorer la communication

Il serait nécessaire que le médecin qui demande une hospitalisation à domicile pour un patient, précise l'objectif thérapeutique. Une évaluation régulière pourrait être effectuée au fur et à mesure de l'HAD, en interrogeant les malades et leur entourage par un enquêteur extérieur aux systèmes de soins, ceci associé à une évaluation de la qualité des soins.

Il serait souhaitable que pour chaque malade ils se réunissent au début de la prise en charge afin que chacun définisse sa position vis à vis du patient et son besoin d'informations. Cela permettra aussi de s'assurer de l'accord de la famille pour un tel projet. Cette réunion de coordination pourrait se dérouler au chevet du malade.

Si l'HAD suit une hospitalisation classique, il faudrait que le compte rendu hospitalier soit disponible rapidement, éventuellement dès la sortie du malade.

Chaque soignant doit être informé des traitements institués, des soins prodigués le plus précocement possible. L'informatique pourrait permettre à tous les participants de dialoguer à tout moment et de consulter facilement les données notifiées par chaque partie. Il s'agirait de reproduire l'idée du cahier de liaison accessible à tous pour un suivi plus précis du patient. L'informatique va cependant

soulever d'autres problèmes : faut-il envisager une mise sur réseau ? Que devient le secret médical ?

c) Mieux préciser le contexte social

Une enquête sociale est souvent nécessaire afin de savoir si le patient est suffisamment entouré, car comme nous l'avons vu, les proches jouent un rôle fondamental dans l'efficacité de l'HAD.

Une enquête rigoureuse devrait être réalisée par une assistante sociale au lit du malade en présence de l'entourage, avant sa sortie, pour s'assurer des possibilités sociales d'une HAD (présence de sanitaires, immeuble accessible...)

Avec l'aide du médecin traitant, l'évaluation de l'HAD pourrait être rapide et efficace. Les soignants expliqueront ainsi à la famille ce qu'est l'HAD, son fonctionnement... afin de prévenir le risque d'échec par défaut d'accompagnement de l'entourage.

L'infirmier pourrait évaluer de son côté la capacité de la famille à donner des soins complémentaires en l'absence des soignants.

d) Assurer une formation des intervenants

Le CHU pourrait avoir une fonction formatrice dans le cadre de l'HAD. Les infirmiers libéraux bénéficieraient d'une formation sur les pathologies lourdes prises en charge, sur des techniques de soins, l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Une formation médicale continue spécifique à l'HAD (sites implantables- nutrition parentérale- traitement de la douleur...) pourrait s'adresser aux médecins généralistes qui le désirent pour une meilleure prise en charge de leur patient.

Quelques médecins ont noté dans leurs réponses des difficultés pour certains gestes techniques comme trouver une voie veineuse profonde ou replacer une sonde gastrique. Il serait intéressant qu'une équipe médicale mobile du CHU intervienne au domicile du patient pour assurer ces gestes techniques spécifiques et former, éventuellement au lit du malade, les médecins traitants et les infirmiers libéraux concernés.

Il existe actuellement au CHRU de Limoges une équipe mobile de soins palliatifs qui intervient dans tout l'hôpital. Ne pourrait-on pas envisager leur action au domicile d'un patient en HAD ? Ou faut-il créer une autre structure mobile de soins spécifiques à cette prise en charge qu'elle soit publique ou liée à SSL ?

2) Sur le plan national

a) L'information

Un effort d'information doit être entrepris afin d'augmenter la prise en charge des malades dans cette structure. Cette information peut s'effectuer par l'intermédiaire des revues médicales, éventuellement par les moyens de communications de masse que sont la télévision ou la radio.

b) Amélioration des structures d'HAD

La contrainte pour l'entourage d'une présence 24 heures sur 24 est difficile en particulier la nuit. Ne pourrait-on pas envisager une structure adjacente à l'HAD qui fournirait une présence temporaire ou permanente auprès de certains malades. Cette possibilité de surveillance par des «gardes malades » éviterait peut être une réhospitalisation.

Les intervenants libéraux de l'HAD, infirmiers et médecins généralistes, souhaitent une meilleure considération pour le travail effectué. Nous avons vu que la prise en charge des patients en HAD demande une bonne coordination du personnel

soignant et donc des moments de concertation. Cela favoriserait sûrement l'HAD, mais ces zones d'échanges nécessitent beaucoup de temps et sont mal rémunérées.

Il serait intéressant que les organismes payeurs établissent une nomenclature afin d'assurer la rémunération du personnel soignant libéral qui intervient dans l'HAD ; cela concernerait le paiement de l'acte technique et les réunions de coordination.

Les décrets d'octobre 1992 autorisant la prescription de l'HAD sans que le patient passe par l'hôpital, a déjà permis de pallier certaines carences du système et a favorisé le développement de l'hospitalisation à domicile.

Conclusion

L'hospitalisation à domicile, grâce aux décrets d'octobre 1992, sort du simple rôle de suivi hospitalier dans lequel il était confiné pour une action réelle d'alternative à l'hospitalisation classique.

Les structures d'HAD se mettent en place à travers le pays. Le vieillissement de la population, le développement des techniques médicales, l'apparition de maladies nouvelles justifient cet autre mode de soins.

La Haute-Vienne a vu naître parallèlement deux services d'HAD, l'un public rattaché au CHU et l'autre privé, Santé Service Limousin, organisme à but non lucratif.

En complémentarité avec le système libéral, l'HAD permet d'assurer des soins de longue durée avec des médicaments d'usage hospitalier. La collaboration entre le secteur médical et paramédical devrait devenir de plus en plus fréquent et apporter à chacun une vue globale de la médecine.

Par ces questionnaires, nous avons constaté que l'ensemble des intervenants, est motivé pour poursuivre cette expérience et souhaite son développement.

L'absence de taux d'occupation correcte des structures actuellement en place interpelle sur les difficultés rencontrées.

Aussi, notre travail a essayé de suggérer des améliorations (communication, formation des intervenants, meilleure prise en charge financière) pour promouvoir le concept d'HAD, dans le but de lui faire remplir son rôle de soins à part entière, qui en fait un des systèmes d'avenir de prise en charge du malade par le respect des données médicales, sociales et humaines qui est sa vocation et sa raison d'être.

Annexes

- Annexe 1** : Circulaire du 12 mars 1986 C.N.A.M.T.S page 76
relative à l'hospitalisation à domicile dans
les établissements publics
- Annexe 2** : Décrets n° 92-1101 du 02 octobre 1992 page 77
relatif aux structures de soins alternatives
à l'hospitalisation mentionnée à l'article
L. 712-2 du code de la Santé Publique
- Annexe 3** : circulaire Ministère de la Santé du 15 /12/92 page 78
relative aux modalités de déclaration des structures
de soins alternatives à l'hospitalisation
- Annexe 4** : Liste des adhérents à la Fédération Nationale page 79
des établissements d'HAD
- Annexe 5** : Originaux des questionnaires de l'étude page 80

✓ **Annexe 1**

5.1.2.2.4

CIRCULAIRE DU 12 MARS 1986

(J. O. du 19 mars 1986)

relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics.

(Adressée au ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, au secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé des retraités et des personnes âgées, au secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé, aux préfets, commissaires de la République de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, à la direction régionale de la sécurité sociale Antilles-Guyane, à la direction régionale de la sécurité sociale de la Réunion) et aux préfets, commissaires de la République de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales).

L'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ouvre la possibilité d'une prolongation à domicile des activités des centres hospitaliers.

En l'absence de texte réglementaire, le cadre général de mise en œuvre de ces activités à domicile est donné par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés dans sa circulaire n° 207 du 19 octobre 1974. Celle-ci fixe les conditions d'accès des malades, des modes de fonctionnement ainsi que les types de pathologie qui en sont exclus.

La présente instruction se propose d'appeler votre attention sur une formule dont le développement doit être recherché.

I. — Champ de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces 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.

Le critère de l'intensité de soins est particulièrement important pour distinguer l'hospitalisation à domicile de formules voisines comme les services de soins infirmiers à domicile.

D'une manière générale, l'hospitalisation à domicile s'adresse à tous les malades quel que soit le type de pathologie dont ils sont atteints.

Il convient toutefois de rappeler que les malades mentaux sont pris en charge selon les règles propres à la sectorisation psychiatrique. En ce qui concerne les autres pathologies, les limitations prévues par la circulaire n° 207 du 19 octobre 1974 précitée ne trouvent plus de justification aujourd'hui.

Même des soins comme la dialyse, la nutrition entérale et parentérale, les techniques de chronothérapie par pompes externes, 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.

II. — Organisation et perspectives d'évolution de l'hospitalisation à domicile

L'unité d'hospitalisation à domicile met à la disposition du malade l'ensemble des moyens dont il a besoin en personnels, matériels et services.

Un service d'hospitalisation à domicile peut être créé et géré par un établissement d'hospitalisation public après délibération du conseil d'administration approuvée par le représentant de l'Etat dans le département. Il convient de rechercher chaque fois que cela est possible la plus large participation des professionnels

✓ **Annexe 2**

« 2. Les conditions et l'organisation du travail au sein de l'hôpital ou du groupe hospitalier, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;

« 3. La formation du personnel de l'hôpital ou du groupe hospitalier, et notamment le plan de formation local ;

« 4. Le bilan social local ;

« 5. Le projet de règlement intérieur des fédérations.

« Art. R. 716-3-55. - Un représentant du comité technique local et un représentant du comité consultatif médical assistent avec voix consultative à chacune des réunions respectives de ces deux organismes.

« Art. R. 716-3-56. - Il est institué dans chaque hôpital ou groupe hospitalier une commission locale du service de soins infirmiers dont la composition est fixée conformément aux dispositions de l'article R. 714-26-2.

« La commission locale du service de soins infirmiers est placée sous la présidence d'un responsable du service de soins infirmiers désigné, dans chaque hôpital ou groupe hospitalier, par le directeur de l'hôpital ou du groupe. »

Art. 2. - Les conseils d'administration des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille, ainsi que les instances représentatives centrales et locales mentionnées aux articles R. 716-3-46, R. 716-3-47, R. 716-3-49, R. 716-3-50, R. 716-3-52 et R. 716-3-56 devront être constitués dans un délai de six mois à compter de la publication du présent décret. Toutefois, la commission médicale d'établissement et les comités consultatifs médicaux en fonctions à ladite date le demeurent jusqu'à l'expiration des mandats de leurs membres.

Art. 3. - Sont abrogés :

Le décret n° 72-1079 du 6 décembre 1972 modifié relatif à la commission médicale consultative des établissements d'hospitalisation publics en ce qu'il concerne les hospices civils de Lyon et l'Assistance publique de Marseille ;

Le décret n° 74-126 du 18 février 1974 modifié relatif aux hospices civils de Lyon ;

Le décret n° 74-1056 du 9 décembre 1974 modifié relatif à l'Assistance publique de Marseille.

Art. 4. - Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le secrétaire d'Etat aux collectivités locales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
BERNARD KOUCHNER

Le ministre d'Etat,
ministre de l'éducation nationale et de la culture,
JACK LANG

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique,
PAUL QUILÈS

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,
RENÉ TEULADE

Le secrétaire d'Etat aux collectivités locales,
JEAN-PIERRE SUEUR

Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L. 712-10 du code de la santé publique

NOR : SANH9201574D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, notamment ses articles L. 712-2, L. 712-9 et L. 716-10 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 10 février 1992 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 mars 1992 ;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),

Décrète :

Art. 1^{er}. - Dans la section I du chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), il est créé, après l'article D. 712-13, une sous-section 3 ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« Des structures de soins alternatives à l'hospitalisation

« Art. D. 712-13-1. - Lorsque la création ou l'extension d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation est autorisée, en application de l'article L. 712-10, dans une zone sanitaire dont les moyens d'hospitalisation sont excédentaires dans la discipline en cause, la réduction des moyens d'hospitalisation prévue par l'article L. 712-10 est opérée dans les conditions suivantes :

« I. - Dans le cas d'une structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, la réduction s'effectue :

« a) Soit dans le cadre d'un contrat conclu en application de l'article L. 712-4, lorsqu'un schéma régional d'organisation sanitaire a été arrêté par le préfet de région. Ce contrat précise notamment, outre le nombre de lits de chirurgie supprimés, les modalités de compensation des dépenses d'assurance maladie afférentes à la structure autorisée et les modalités d'évaluation de son activité ;

« b) Soit dans les limites ci-après, qu'il existe ou non un schéma régional d'organisation sanitaire :

« 1^o Si l'excédent de moyens est inférieur à 25 p. 100 des besoins théoriques de la zone sanitaire en chirurgie : fermeture de deux lits de chirurgie à temps complet pour la création d'une place d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoires ;

« 2^o Si l'excédent est supérieur à 25 p. 100 : fermeture de 2,25 lits de chirurgie pour la création d'une place.

« II. - Dans le cas de structures d'hospitalisation à temps partiel ou d'hospitalisation à domicile :

« 1^o Si l'excédent de moyens est inférieur à 25 p. 100 des besoins théoriques de la zone sanitaire : fermeture d'un lit d'hospitalisation à temps complet pour la création d'une place de structure alternative à l'hospitalisation ;

« 2^o Si l'excédent est supérieur à 25 p. 100 : fermeture de deux lits pour la création d'une place.

« La réduction s'effectue :

« a) Pour la création de places relevant des structures d'hospitalisation à temps partiel autres que la chirurgie et la psychiatrie, par suppression de lits de médecine, d'obstétrique ou de soins de suite ou de réadaptation ;

« b) Pour la création de places relevant des structures d'hospitalisation à temps partiel de psychiatrie, par suppression de lits de psychiatrie ;

« c) Pour la création de places relevant des structures d'hospitalisation à domicile, par suppression de lits de médecine, d'obstétrique ou de soins de suite ou de réadaptation. »

Art. 2. - Le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,
LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,
RENÉ TEULADE

Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique

NOR : SANH9201573D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, notamment ses articles L. 712-2, L. 712-8 et L. 716-9 ;

Vu la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment son article 24 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 10 février 1992 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 mars 1992 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. - Sont insérés au chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), après l'article R. 712-2, les articles R. 712-2-1, R. 712-2-2, R. 712-2-3 et R. 712-2-4 ainsi rédigés :

« Art. R. 712-2-1. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

« Elles comprennent :

« a) Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit ;

« b) Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires ;

« c) Les structures dites d'hospitalisation à domicile.

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

« Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

« Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8.

« Art. R. 712-2-2. - Ne sont pas régis par les articles R. 712-2-1, R. 712-2-3 et R. 712-4 et demeurent soumis aux dispositions qui leur sont propres :

« a) Les services de suppléance aux insuffisances chroniques, y compris les services de soins spécialisés à domicile ;

« b) Les services et équipements constituant des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, mis en œuvre par les établissements mentionnés à l'article L. 711-11.

« Art. R. 712-2-3. - La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 est exprimée en places. Le nombre de places est obtenu en divisant par 365 le nombre maximum annuel de patients pouvant être accueillis pour une durée inférieure à un jour, dans le cas des structures d'hospitalisation à temps partiel ou de celles pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, et en divisant par 365 le nombre maximum annuel de journées de soins dans le cas de l'hospitalisation à domicile.

« Art. R. 712-2-4. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont prises en compte par la carte sanitaire dans les conditions suivantes :

« a) Les places relevant des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont comprises dans la carte sanitaire des installations de chirurgie ;

« b) Les places relevant des structures d'hospitalisation à temps partiel sont comprises dans les cartes respectives des installations de médecine, d'obstétrique, de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation ;

« c) Les places relevant des structures dites d'hospitalisation à domicile sont comprises dans la carte sanitaire des installations de médecine.

« Lorsque les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 712-9 sont réunies, la création ou l'extension des structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont autorisées sur la base de l'équivalence entre une place et un lit d'hospitalisation à temps complet. »

Art. 2. - Les établissements de santé publics ou privés qui comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation à la date de la publication de la loi du 31 juillet 1991 modifiée susvisée disposent d'un délai de quatre mois pour procéder, auprès du préfet de région, à la déclaration prévue à l'article 24 de cette loi. Les modalités et le contenu de cette déclaration, où devront figurer notamment les informations permettant d'apprécier la consistance et l'activité de la structure de soins à la date précitée, sont définis par un arrêté du ministre chargé de la santé dont la publication fait courir le délai de quatre mois susmentionné.

Le préfet de région délivre un récépissé du dépôt de la déclaration, qui vaut autorisation de poursuite d'activité pour chaque structure de soins concernée et qui en précise la capacité retenue exprimée en nombre de places. Cette autorisation pourra être suspendue ou retirée, dans les conditions prévues à l'article L. 715-2, si l'établissement de santé ne respecte pas, dans le délai fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article 24 de la loi du 31 juillet susvisée, les conditions techniques mentionnées au 3° de l'article L. 712-9.

Art. 3. - Le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,

LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

RENÉ TEULADE

Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code

NOR : SANH9201575D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique, et notamment ses articles L. 712-2, L. 712-9, L. 712-10, R. 712-2-1 à R. 712-2-4 et D. 712-13-1 ;

Vu la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment son article 24 ;

Vu le décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnels accueillis dans les établissements de santé publics et privés ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 18 mars 1992,

Décète :

Art. 1^{er}. - Il est inséré au chapitre II du titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé, des installations et des activités de soins

« Sous-section 1

« Des structures de soins alternatives à l'hospitalisation

« Paragraphe 1

« Des structures d'hospitalisation à temps partiel et des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire

« Art. D. 712-30. - Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire mentionnées à l'ar-

« Les R. 712-2-1 dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

« Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

« Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs signaux et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

« Dans le respect des dispositions mentionnées au dernier alinéa de l'article D. 712-31, ces structures peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé public ou privé.

« Les unités précitées doivent garantir l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

« Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients.

« Art. D. 712-31. - Les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 712-30 sont agencées et équipées de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

« 1° L'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;

« 2° L'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins ;

« 3° La surveillance et le repos nécessaires à chaque patient ;

« 4° La décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients.

« Au cours de la durée d'ouverture mentionnée à l'article D. 712-30, les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité.

« La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque structure et unité de soins garantit à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité, en comportant notamment des espaces spécifiques adaptés.

« Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d'une complication médicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel et les médicaments propres à y répondre, sont disponibles et utilisables sans délai.

« Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire utilisent un secteur opératoire conforme à des caractéristiques fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Les structures ou les unités qui la composent comportent les équipements et agencements nécessaires à la préparation préalable du patient, y compris la consultation anesthésique. Elles disposent également d'une salle de repos et des autres moyens nécessaires à la préparation de la sortie du patient.

« Art. D. 712-32. - Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 712-30 sont appréciés par le préfet de région, au vu du dossier mentionné au I-B de l'article R. 712-40, en fonction de la nature et du volume d'activités effectuées, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients.

« Pendant les heures d'ouverture mentionnées à l'article D. 712-30, est requise, dans la structure, la présence minimale permanente :

« 1° D'un médecin qualifié ;

« 2° D'un infirmier ou, pour la réadaptation fonctionnelle, l'un masseur-kinésithérapeute, quelle que soit la capacité autorisée de la structure, et à tout le moins d'un infirmier ou, le cas échéant, d'un masseur-kinésithérapeute pour cinq patients présents ;

« 3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

« Art. D. 712-33. - Les structures de soins mentionnées à l'article D. 712-30 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

« Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après sortie.

« Sans préjudice des dispositions qui précèdent, lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

« Art. D. 712-34. - Un règlement intérieur propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 712-30 précise notamment :

« 1° Les principes généraux de son fonctionnement médical ;

« 2° La qualification du médecin coordonnateur ;

« 3° L'organisation générale des présences et permanences des personnels mentionnés à l'article D. 712-32 ;

« 4° Les modalités de mise en œuvre des dispositions mentionnées à l'article D. 712-33 ;

« 5° Les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux en application des dispositions prévues aux articles R. 710-2-1 à R. 710-2-10.

« Paragraphe 2

« Des structures dites d'hospitalisation à domicile

« Art. D. 712-35. - L'admission d'un patient dans une structure dite d'hospitalisation à domicile mentionnée à l'article R. 712-2-1, ainsi que sa sortie, sont prononcées par le responsable de ladite structure après avis du médecin coordonnateur mentionné à l'article D. 712-37. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité autorisée de la structure.

« Afin de garantir la sécurité des patients et la coordination des soins, toute structure dite d'hospitalisation à domicile dispose d'un système de communication à distance permettant, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris les dimanches et jours fériés, d'assurer une liaison permanente entre les patients, leurs familles et les personnels mentionnés à l'article D. 712-37.

« Art. D. 712-36. - Toute structure dite d'hospitalisation à domicile mentionnée à l'article D. 712-35 dispose de locaux spécifiques permettant notamment d'assurer sa gestion et de mettre en œuvre la coordination des prestations de soins et des personnels mentionnés à l'article D. 712-37.

« Les locaux précités peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes assurant tout ou partie de ces missions.

« Art. D. 712-37. - Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures de soins mentionnées à l'article D. 712-35 sont appréciés par le préfet de région, au vu du dossier mentionné au I-B de l'article R. 712-40, en fonction de la nature et du volume d'activités effectuées, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques.

« Un médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur. Il veille notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies aux besoins des patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux et de soins nécessaires à la continuité des soins.

« Les personnels mentionnés aux précédents alinéas peuvent être salariés de la structure, salariés de toute personne morale ayant passé convention avec ladite structure ou d'exercice libéral lorsque les personnels susvisés sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice. Ils sont tenus de respecter le règlement intérieur mentionné à l'article D. 712-39.

« Parmi les personnels mentionnés au premier alinéa, toute structure dite d'hospitalisation à domicile doit disposer en permanence d'au moins un agent pour six patients pris en charge. Cet agent est selon les cas un auxiliaire médical ou un agent relevant des personnels de rééducation.

« Le personnel exprimé en équivalent temps plein, autre que les médecins, exerçant dans la structure susvisée est constitué au moins pour moitié d'infirmiers diplômés d'Etat.

« Quelle que soit la capacité autorisée de la structure, un cadre infirmier assure la coordination des interventions des personnels non médicaux. La structure comporte en outre au moins un cadre infirmier pour trente places autorisées.

« Art. D. 712-38. - Les structures de soins mentionnées à l'article D. 712-35 sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins, y compris les dimanches et les jours fériés.

« Elles garantissent aux patients qu'elles prennent en charge leur transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine et de chirurgie.

« Dans le cas où la structure ne relève pas d'un établissement comportant les disciplines susvisées, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé doté de telles disciplines.

« Art. D. 712-39. - Un règlement intérieur propre à chaque structure mentionnée à l'article D. 712-35 précise notamment :

« 1° Les principes généraux de son fonctionnement médical ;

« 2° La qualification du médecin coordonnateur ;

« 3° L'organisation générale des interventions et des permanences des personnels mentionnés à l'article D. 712-37 ainsi que les modalités de leur coordination ;

« 4° Les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux en application des dispositions prévues aux articles R. 710-2-1 à R. 710-2-10 ;

« 5° Les modalités de mise en œuvre des dispositions mentionnées à l'article D. 712-38 ;

« 6° L'aire géographique d'intervention de la structure mentionnée à l'article R. 712-2-1. »

Art. 2. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article R. 712-2-1 du code de la santé publique existant à la date de publication du présent décret disposent d'un délai d'un an pour satisfaire aux conditions techniques de fonctionnement fixées par ce même décret.

Art. 3. - Le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,
LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,
RENÉ TEULADE

Arrêtés du 14 septembre 1992 portant autorisation d'emploi de matériaux pour le conditionnement d'eaux minérales

NOR : SANP9202550A

Par arrêté du ministre de la santé et de l'action humanitaire en date du 14 septembre 1992, est autorisé pour le conditionnement de l'eau minérale naturelle de la source Royale-France, captée à Saint-Yorre (Allier) et diffusée sous l'appellation « Eau minérale naturelle gazeuse », l'emploi du matériau désigné sous le nom de LMP 20/R.Y.F.G.01/92.

Les récipients fabriqués à l'aide du matériau cité ci-dessus ne doivent pas dépasser la capacité de deux litres.

NOR : SANP9202551A

Par arrêté du ministre de la santé et de l'action humanitaire en date du 14 septembre 1992, est autorisé pour le conditionnement de l'eau minérale naturelle de la source Castel-Rocher, captée à Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme) et diffusée sous l'appellation « Eau minérale naturelle gazeuse », l'emploi du matériau désigné sous le nom de LMP 20/RO.Y.G.01/92.

Les récipients fabriqués à l'aide du matériau cité ci-dessus ne doivent pas dépasser la capacité de deux litres.

NOR : SANP9202552A

Par arrêté du ministre de la santé et de l'action humanitaire en date du 14 septembre 1992, est autorisé, pour le conditionnement de l'eau minérale naturelle de la source Royale, captée à Saint-Yorre (Allier) et diffusée sous l'appellation « Eau minérale naturelle gazeuse », l'emploi du matériau désigné sous le nom de LMP 20/RO.Y.G.01/92.

Les récipients fabriqués à l'aide du matériau cité ci-dessus ne doivent pas dépasser la capacité de deux litres.

NOR : SANP9202553A

Par arrêté du ministre de la santé et de l'action humanitaire en date du 14 septembre 1992, est autorisé pour le conditionnement de l'eau minérale naturelle de la source Célestins, captée à Vichy (Allier) et diffusée sous l'appellation « Eau minérale naturelle gazeuse », l'emploi du matériau désigné sous le nom de LMP 20/CEL.G.01/92.

Les récipients fabriqués à l'aide du matériau cité ci-dessus ne doivent pas dépasser la capacité de deux litres.

MINISTÈRE DES DÉPARTEMENTS ET TERRITOIRES D'OUTRE-MER

Décret n° 92-1103 du 2 octobre 1992 instituant la nouvelle bonification indiciaire dans les services du ministère des départements et territoires d'outre-mer

NOR : DOMP9200022D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives, du ministre du budget et du ministre des départements et territoires d'outre-mer,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant statut général de la fonction publique de l'Etat ;

Vu la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, notamment son article 27 ;

Vu le décret n° 82-624 du 20 juillet 1982, modifié par le décret n° 84-959 du 25 octobre 1984, fixant les modalités d'application pour les fonctionnaires de l'ordonnance n° 82-296 du 31 mars 1982 relative à l'exercice des fonctions à temps partiel ;

Vu l'avis du comité technique paritaire ministériel en date du 25 juin 1991,

Décète :

Art. 1er. - Une nouvelle bonification indiciaire, prise en compte et soumise à cotisation pour le calcul de la pension de retraite, peut être versée mensuellement, dans la limite des crédits disponibles, aux fonctionnaires titulaires du ministère des départements et territoires d'outre-mer exerçant une des fonctions figurant en annexe au présent décret.

Art. 2. - Le bénéfice du versement de la nouvelle bonification indiciaire est lié à l'exercice des fonctions y ouvrant droit. Il ne peut se cumuler avec d'autres bonifications indiciaires d'une autre nature qui seraient éventuellement perçues par le fonctionnaire exerçant des fonctions ouvrant droit à nouvelle bonification indiciaire dans les conditions du présent décret.

Art. 3. - Les fonctionnaires autorisés à exercer leur activité à temps partiel et affectés sur un emploi ouvrant droit à nouvelle bonification indiciaire perçoivent une fraction de celle-ci dans les conditions déterminées par le décret du 20 juillet 1982 susvisé.

✓ **Annexe 3**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE
L'ACTION HUMANITAIRE

République Française

DIRECTION DES HOPITAUX

PARIS, le

s-Direction de la planification
de l'Organisation Sanitaire
et de l'Evaluation

SD-PE/JFB/AL/MJR

Le Ministre de la Santé
et de l'Action Humanitaire
à
Messieurs les Préfets de Région

Direction Régionale des Affaires
Sanitaires et Sociales
(pour exécution)

à
Madame et Messieurs les Préfets
de département

Direction Départementale des
Affaires Sanitaires et Sociales
(pour exécution)

CIRCULAIRE n° **52** DH/PE du **15 DEC. 1992** relative aux modalités de la
déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation existant à
la date de promulgation de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme
hospitalière.

DATE D'APPLICATION : Immédiate - urgence signalée

RESUME : Mise en place de la procédure de régularisation des structures de
soins alternatives à l'hospitalisation en partenariat avec les
organismes d'assurance maladie.

MOTS CLES : Récépissé de dépôt - délais - indices de besoins - cartes
sanitaires - facturation - calendrier - consistance et activité
minimales - visites sur place - comité de liaison - méthodologie
d'investigation commune - traitement homogène des dossiers.

TEXTES DE REFERENCE :

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière (article 24).
- Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
- Arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux modalités et au contenu de la déclaration prévue à l'article 24 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière.

.../...

Un refus de délivrance du récépissé devra prendre la même forme. Toute délivrance du récépissé de dépôt donnant totalement ou partiellement satisfaction au demandeur ou refus de délivrance doit être motivé et notifié au requérant sur lettre recommandée avec avis de réception.

Les commissions régionales compétentes en matière d'autorisations n'ont pas à être consultées sur les opérations décrites par la présente circulaire. Toutefois je vous demande, une fois la procédure conduite jusqu'à son terme, de bien vouloir informer les dites commissions du bilan de la régularisation.

Par ailleurs il doit être bien clair que l'avis de réception postal du dossier de déclaration ne saurait en aucun cas se confondre avec le récépissé de dépôt décidé par le préfet.

Enfin je vous précise, qu'à compter de la date de réception du récépissé de dépôt, le demandeur disposera d'un délai d'un an pour se conformer aux conditions techniques de fonctionnement mentionnées aux articles D 712-30 à D 712-39 du Code de la santé publique.

II - Les enjeux de la régularisation des structures de soins alternatives et le calendrier à respecter.

Les enjeux de la régularisation susvisée sont particulièrement importants tant au regard de la planification sanitaire que pour ce qui concerne l'incidence de cette opération sur les dépenses d'assurance maladie :

1° - concernant la planification sanitaire je vous rappelle que depuis l'arrêté du 5 mai 1992 déterminant les indices nationaux de besoins dans les disciplines de court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), ces indices sont dorénavant exprimés en terme de lits ou places pour 1 000 habitants. Si l'unité de compte s'est donc étendue aux structures de soins alternatives, les niveaux des indices sont restés les mêmes que ceux de l'ancien arrêté du 30 octobre 1973 modifié qui ne prenait en compte que les lits d'hospitalisation à temps complet. Ainsi la reconnaissance de places existantes en matière d'alternatives à l'hospitalisation aura pour effet inéluctable soit de contribuer à saturer les cartes sanitaires existantes soit d'accroître les excédents constatés dans les dites cartes pour ces disciplines de court séjour (1).

Des effets identiques sont à prévoir dans une moindre mesure, en matière de soins de suite ou de réadaptation ainsi qu'en psychiatrie. Certaines places d'hospitalisation à temps partiel seront en effet imputées soit dans la carte sanitaire de "moyen séjour", soit dans la carte de psychiatrie (1).

(1) En fin de procédure il vous appartiendra de réviser sans délais les cartes sanitaires de votre région en y incluant l'ensemble des places ayant bénéficié des récépissés de dépôt valant poursuite d'activité.

.../...

- inférieurs à K 50 ou KC 30, lorsqu'ils sont effectués avec une anesthésie (au sens de l'article 22 de la nomenclature générale des actes professionnels), égale ou supérieure à K 25, ce dernier acte étant pratiqué par un médecin anesthésiste ;

- égaux ou supérieurs à K 50 ou KC 30, que ces actes soient effectués avec ou sans anesthésie.

Dans l'hypothèse où un même malade a subi plusieurs actes, lors d'une même intervention, il conviendra de n'en retenir qu'un pour le calcul des patients à comptabiliser (1).

Cette activité minimale, prenant également en compte la cotation des actes, résulte d'un accord avec les principales organisations représentatives des établissements de santé publics et privés et fait l'objet d'une description dans l'annexe I-V de l'arrêté du 12 novembre 1992. Les actes dont la cotation est inférieure aux cotations susvisées seront donc considérés comme des soins externes.

c) J'appelle tout particulièrement votre attention sur la rigueur des contrôles que vous devrez effectuer et sur la nécessité d'exiger des requérants tout document attestant la véracité des déclarations fournies, dès lors que la consistance et l'activité des structures précitées s'apprécient rétrospectivement.

2°) Cas particuliers des structures ayant fait l'objet d'une autorisation ou d'un conventionnement avec les caisses d'assurance maladie, à la date du 2 août 1991 ou entre le 2 août 1991 et le 8 octobre 1992.

Pour chaque structure entrant dans cette catégorie, sa consistance est réputée acquise, à condition que soit produite par le demandeur l'autorisation ministérielle ou préfectorale ou la convention conclue avec les caisses.

(1) A ce titre :

- la rubrique V-1 de l'annexe I doit être comprise comme étant le nombre de malades ayant fait l'objet d'une prise en charge correspondant aux actes mentionnés à la rubrique V-3 ;

- la rubrique V-2 de cette même annexe correspond au nombre global d'interventions pratiquées en anesthésie ou en chirurgie ambulatoire.

.../...

IV - L'organisation des contrôle en partenariat avec les services de l'assurance maladie.

a) A la différence du régime des autorisations défini aux articles R 712-37 à R 712-47 (et notamment au II de l'article R 712-40) la demande d'informations complémentaires au requérant ne proroge pas le délai de décision du préfet de région.

C'est pourquoi il vous est demandé de privilégier les visites sur place, afin de vérifier, voire compléter, la nature des informations qui vous auront été transmises par les requérants.

b) A la différence également du régime des autorisations précité, la responsabilité de l'instruction des dossiers est confiée à l'échelon régional (DRASS) et non à l'échelon départemental (DDASS). Il appartient donc aux services de la DRASS de coordonner les actions de contrôle avec l'aide active des services des DDASS concernés et en étroit partenariat avec les organismes de protection sociale.

Ces organismes (services médicaux et services administratifs) devront être destinataires, dès réception, d'un exemplaire de chaque dossier de déclaration.

c) J'ai parfaitement conscience de l'importance de la charge de travail qui vous est demandée concernant cette procédure de régularisation, notamment au moyen de visites sur place. Ceci est particulièrement vrai pour certaines régions où de nombreux établissements pratiquent des soins en structures alternatives à l'hospitalisation, et plus particulièrement en matière d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

C'est pourquoi je me permets de vous conseiller la mise en place d'un mode d'organisation rigoureux permettant de répartir de façon optimale la charge de travail de chacun, dans le cadre d'un comité de liaison constitué à cet effet :

1° Avec l'appui des préfets de département et des DDASS il convient de mobiliser les médecins inspecteurs de santé publique afin que les investigations à réaliser soient coordonnées entre les diverses inspections de santé concernées.

Comme le prévoit notamment l'article 3 de l'arrêté du 2 novembre 1992, d'autres fonctionnaires des services déconcentrés doivent participer à cette opération et notamment les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales exerçant en DDASS et en DRASS.

.../...

2° En plein accord avec les régimes d'assurance maladie et compte tenu, notamment, de leur expérience et compétence particulière dans le domaine des établissements de santé privés, les médecins conseil et les services administratifs des caisses participeront activement à cette opération de régularisation.

L'article 3 de l'arrêté prévoit la possibilité de contrôles séparés ou conjoints. Il vous appartient, en étroite liaison avec les directeurs des caisses (CRAM, CMR, CMSA) et les médecins conseils régionaux, d'organiser une répartition des tâches et un échéancier précis pour les réaliser.

Il vous est recommandé de vous accorder sur une méthodologie d'investigation commune, préalablement au lancement des visites sur place, au sein du comité de liaison susvisé.

3° A l'issue des visites et contrôles effectués dans les établissements, je vous recommande expressément de réunir le comité de liaison précité qui devra être composé de tout ou partie des médecins et des agents ayant participé à ces contrôles, sans préjudice de la présence du DRASS, du MIR, des directeurs des caisses (CRAM, CMR, CMSA) ainsi que des médecins-conseil régionaux ou de leurs représentants.

Il est en effet nécessaire de procéder à l'analyse conjointe de l'ensemble des demandes de déclaration afin de présenter ensuite au préfet de région des dossiers ayant fait l'objet d'un traitement homogène et équitable pour chaque requérant.

4° Je vous indique enfin que l'on peut admettre, lors des visites sur place, la présence de représentants des organisations représentatives des établissements de santé concernés, afin de contribuer à tout ajustement utile entre les requérants et les services et organismes habilités à pratiquer ces contrôles.

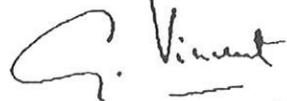
* * * * *

Je ne saurais trop insister pour finir sur l'importance prioritaire que représente, tant pour les pouvoirs publics que pour les organismes de protection sociale, la réalisation de cette opération dans les meilleures conditions.

Mes services et ceux des organismes nationaux d'assurance maladie restent à votre disposition pour toute information complémentaire qui vous serait nécessaire et pour contribuer à résoudre les difficultés que vous seriez amenés à rencontrer.

A l'issue de cette opération, vous voudrez bien me rendre compte sous le présent timbre du nombre de places ayant bénéficié du récépissé de dépôt valant poursuite d'activité et ventilé par établissements, structures, disciplines ou activités de soins concernés.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur des Hôpitaux


Gérard VINCENT

✓ **Annexe 4**



**Fédération Nationale des Établissements
d'Hospitalisation à Domicile**

Pour toute correspondance
Secrétariat général :
B.P. 136 - 40103 DAX cedex
Tél. 05 58 74 35 32
Fax 05 58 90 82 69

LISTE DES ADHERENTS

mise à jour au 01.11.97

ALBI

Tél. : 05.63.47.47.47
Fax : 05.63.47.43.01

5 lits

SERVICE D'H.A.D.

Centre Hospitalier
Avenue E et C Boussac
81013 ALBI CEDEX 9

Directeur CH : M. MICHEZ
Surveillant : P. LOUPIAS
Médecin coordonnateur : Bernard BORREL

AMIENS

Tél : 03.22.46.80.80
Fax : 03.22.46.80.84

20 lits

SOINS SERVICE

11 rue d'Antibes
80090 AMIENS

Président : Jeanine KAHN
Directeur : M. BOUBERT
Surveillant : M. DHUYVETTERE
Médecin coordonnateur : Christine VAQUETTE

ANGOULEME

Tél : 05.45.20.51.00
Fax : 05.45.94.23.15

122 lits

SANTE SERVICE CHARENTE

H.A.D.
B.P. 1199
16006 ANGOULEME CEDEX

Président : Bernard AUGIER
Directeur Général : M. VIGIER
Directeur : Mireille GORSKI
Surveillante : Mme DESCLIDES
Médecin coordonnateur : Pierre SOURY

AVESNE-SUR-HELPE

Tél : 03.27.56.55.55
Fax : 03.27.56.56.00

4 lits

H.A.D. SOINS PALLIATIFS

Centre Hospitalier
Route de Haut Lieu
59440 AVESNE-SUR-HELPE

Directeur : Philippe DEBOOSERE
Surveillante : Mme BROCHET
Médecin coordonnateur : Mme HARDY

AVIGNON

Tél : 04. 90.13.47.40
Fax : 04.90.89.72.46
22 lits

**ASSOCIATION POUR L'H.A.D. D'AVIGNON ET SA
REGION**

179 Route de Tarascon
B.P. 863
84083 AVIGNON CEDEX 2

Président :	Dr SOUTIF
Directeur administratif :	Mme PERROT
Cadre Infirmier :	Mme COVASSIN
Médecin coordonnateur :	Thierry TREMPE

BAYONNE

Tél : 05.59.50.31.10
Fax : 05.59.50.31.11

46 lits

SANTE SERVICE BAYONNE ET REGION

Avenue de Plantoun
Quartier Sainte-Croix
64100 BAYONNE

Président :	Dr LAFARGUE
Directeur :	Dr Anne COUSTETS
Médecin coordonnateur :	Anne COUSTETS

BEZIERS

Tél : 04.67.35.78.05
Fax : 04.67.35.78.05

10/12 lits

**SYNDICAT INTERHOSPITALIER DU BITTEROIS ET
DES HAUTS CANTONS**

Service H.A.D.
C.H.G. Béziers
34500 BEZIERS

Secrétaire Général par intérim :	M. CABANIS
Surveillante service :	Martine SENOCQ
Médecin coordonnateur :	Roger FARENC

BORDEAUX

Tél : 05.56.84.67.62
Fax : 05.56.84.67.57

75 lits

HOPITAL AU FOYER BAGATELLE

201 rue Robespierre
33400 TALENCE

Président :	M. BOUSHARAIN
Directeur Général :	M. DECHAUSSE CARILIAN
Directeur :	Michèle LANG
Médecin coordonnateur :	Patrick BANDON

CAEN

Tél : 02.31.86.40.03
Fax : 02.31.38.73.76

31 lits

SANTE CROIX ROUGE

29 rue Barbey d'Aurevilly
14000 CAEN

Président :	M. HERGAULT
Directeur :	Michèle PATTI
Médecin coordonnateur :	Madame KIENZ



Fédération Nationale des Établissements
d'Hospitalisation à Domicile

CANNES

Tél : 04.93.69.70.00
Fax : 04.93.69.72.41

15 lits

HOSPITALISATION A DOMICILE

Centre Hospitalier de Cannes
13 Avenue des Broussailles
06401 CANNES CEDEX

Directeur Général :
Cadre Inf. de secteur : Mme BIZAT
Cadre Infirmier : Mme BERTHELEMY
Médecin coordonnateur : Gilles BOLLA

COURBEVOIE

Tél : 01.49.04.30.30

10 lits

H.A.D.

Centre Hospitalier Marcelin Berthelot
30 rue Kilfort
92401 COURBEVOIE

Directeur : Melle LE FLOCH
Médecin coordonnateur : Jacques BARBOT

DAX

Tél : 05.58.74.35.32
Fax : 05.58.90.82.69

20 lits

SANTE SERVICE DAX

rue des Frênes
B.P. 136
40103 DAX CEDEX

Président : Dr Jean MASSIE
Directeur : Yannick GARCIA
Médecin coordonnateur : Laurence CAUNEGRE

GRENOBLE

Tél : 04.76.76.55.55
Fax : 04.76.76.56.33

80 lits

H.A.D.

Centre Hospitalier
B.P. 217
38043 GRENOBLE CEDEX

Directeur Général : Jean-Pierre BASTAR
Directeur : Marie-Agnès ULRICH
Attaché de direction : Louis GUILLOIS
Responsable service : Mme GUYOT
Médecin coordonnateur : Lydie NICOLAS

LA CIOTAT

Tél : 04.42.71.80.09
Fax : 04.42.71.51.03

10 lits

HOPITAL AU FOYER

Zone Industrielle Athénia II
n° 214
13704 LA CIOTAT CEDEX

Président : Docteur GREGOIRE
Directeur : Odile RIPERT
Médecin coordonnateur : Danielle TOSELLI



Fédération Nationale des Établissements
d'Hospitalisation à Domicile

LANNION

Tél : 02.96.05.70.15
Fax : 02.96.05.72.16
(centre hospitalier)

10 lits

SERVICE H.A.D.

Centre Hospitalier Général
B.P. 248
22303 LANNION CEDEX

Directeur Général : M. ERHEL
Attaché de direction : M. J.P MONTAGNE
Responsable : Mme LE JONCOUR BELLENGER
Médecin coordonnateur : Alain ALBARET

LENS

Tél : 03.21.42.78.89
Fax : 03.21.42.53.12

55 lits

HOPITAL A DOMICILE DE LA REGION DE LENS

41 Chemin Chevalier
62300 LENS

Directeur : Philippe HERMANT
Surveillante : Martine SEMIN
Médecin coordonnateur : Luigi DAMIANI

LIMOGES

Tél : 05.55.43.19.80
Fax : 05.55.50.41.41

17 lits

SANTE SERVICE LIMOUSIN

3 rue Clouet
87000 LIMOGES

Surveillante : Mme CONIA
Médecin coordonnateur : Christian CHAUVOIS

LYON

Tél : 04.72.27.23.60
Fax : 04.78.08.42.20

218 lits

SOINS ET SANTE

37 Avenue du Général de Gaulle
69300 CALUIRE

Président : M. FOURNIER
Vice -Président : Mme le Pr ESTANOVE
Directeur : Odile VIENNOIS MARION
Médecins coordonnateurs : Yves DEVAUX
Eric DUBOST

MARSEILLE

Tél : 04.91.90.66.66
Fax : 04.91.91.07.41

60 lits

SOINS ASSISTANCE

6 rue des Fabres
13001 MARSEILLE

Vice Président : M. PERETTI
Directeur : Mme GUINDE
Surveillante : Fabienne REMANT-DOLE
Médecin coordonnateur :



Fédération Nationale des Établissements
d'Hospitalisation à Domicile

MARSEILLE

Tél : 04.91.12.74.00
Fax : 04.91.12.76.99

7 lits

H.A.D.

Centre Gérontologique Départemental
1 rue Elzéard Rougier
13012 MARSEILLE

Président : Lucien WEYGAND
Directeur : Guy VARTANIAN
Médecin coordonnateur : Dr DE REKENEIRE

MONTFERMEIL

Tél : 01.41.70.81.69
Fax : 01.41.70.83.31

20 lits

H.A.D.

Centre Hospitalier Intercommunal de Montfermeil
10 rue du Général Leclerc
93370 MONTFERMEIL

Directeur du C.H.I.M. : M. CASTAING
Surveillante : Mme COSNARD
Médecin coordonnateur : Dr ECHARD

MOULINS

Tél. : 04.70.35.77.77
Fax. : 04.70.20.77.99

12 lits

SERVICE H.A.D.

Centre Hospitalier
10 Avenue du Général de Gaulle
B.P. 609
03006 MOULINS CEDEX

Président : Docteur MALLARD
Directeur Général : Monsieur R. FAVRE-BONTE
Surveillant : Nicole LASFARGUE
Médecin coordonnateur : Bernard AUBIN

MULHOUSE

Tél : 03.89.64.75.50

20 lits

SERVICE H.A.D.

Centre Hospitalier
87 Avenue d'Altkirch
B.P. 1070
68051 MULHOUSE CEDEX

Directeur C.H.M. : M. FRITZ
Médecin responsable : Dr HELLER
Cadre Infirmier supérieur : Mme VIRY
Cadre Infirmier : Melle BUESSINGER

NANTES

Tél : 02.40.16.04.70
Fax : 02.40.16.20.41

72 lits

HOPITAL A DOMICILE DE NANTES ET DE SA REGION

15 Boulevard Meusnier de Querlon
B.P.70409
44004 NANTES CEDEX 01

Président : Pr BAINVEL
Directeur Général : Françoise MEISSAN
Médecin coordonnateur : Guy BON



Fédération Nationale des Établissements
d'Hospitalisation à Domicile

NICE

Tél : 04.93.86.44.27
Fax : 04.93.97.67.41

120 lits

HOSPITALISATION A DOMICILE DE NICE ET REGION

161 rue de France
06000 NICE

Président : Pr GRELLIER
Directeur : Annick BIJU-DUVAL
Médecin coordonnateur : Jean BARETGE

PARIS

Tél : 01.42.16.08.50
Fax : 01.42.16.08.60

820 lits

H.A.D. DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS

47 Boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS

Directeur A.P.H.P. : M. CORDIER
Directeur : Maria RODRIGUEZ
Médecin coordonnateur : Régis PATTE

PARIS

Tél : 01.44.64.33.21
Fax : 01.44.64.33.29

180 lits

L'HOPITAL A DOMICILE

Fondation de la Croix Saint-Simon
125 rue d'Avron
75960 PARIS CEDEX 20

Président : M. de la BOUILLERIE
Directeur Général : Maurice OLIVIER
Responsable : Mme BOURGEOIS
Médecin coordonnateur : Patrick LE PLAT

PAU

Tél : 05.59.92.48.31
Fax : 05.59.92.47.03

20 lits

H.A.D.

Centre Hospitalier
4 Boulevard Hauterive
64011 PAU CEDEX

Directeur Général : Roger DUFFAUD
Attaché de direction : Hervé GABASTOU
Responsable service : Mle URUTIGOITY
Médecin coordonnateur : Maxime MALET

REIMS

Tél : 03.26.40.00.38

25 lits

H.A.D.

CROIX ROUGE FRANCAISE
26 rue Houzeau Muiron
51100 REIMS

Président : M. CAMUS
Responsable service : Mme CROISEAUX
Médecin coordonnateur : M-Chr MORELLE-LEGRAND



Fédération Nationale des Établissements
d'Hospitalisation à Domicile

ROANNE

Tél : 04.77.44.30.00
Fax : 04.77.44.31.98

25 lits

H.A.D.

Centre Hospitalier
28 rue de Charlieu
B.P. 511
42328 ROANNE CEDEX

Directeur :	M. VIVES
Responsable service :	Dr Maurice POURROT
Cadre infirmier :	Marc CEALIS
Médecin coordonnateur :	Maurice POURROT

RODEZ

Tél : 05.65.73.59.30
Tél H.A.D. : 05.65.73.59.63
Fax : 05.65.73.59.00

30 lits

H.A.D. / SOINS PALLIATIFS

Centres Mutualistes de Soins Infirmiers
2 bis rue Villaret
12023 RODEZ CEDEX 9

Président :	M. SICARD
Directeur Général :	M. PANIS
Responsable service :	Nicole LALIBERTE
Surveillante :	Mme BRU
Médecins coordonnateurs :	J-Pierre CALMELS Lydia TOLOU

ROUEN

Tél : 02.35.60.04.60
Fax : 02.35.59.40.50

18 lits

**HOSPITALISATION A DOMICILE
DE L'AGGLOMERATION ROUENNEAISE (HADAR)**

Centre Hospitalier Croix Rouge Française
Chemin de la Bretèque
B.P. 99
76233 BOIS-GUILLAUME CEDEX

Président :	Claude ADAM
Directeur :	Didier PERISSE
Responsable service :	Nathalie LE MOAL
Médecin coordonnateur :	Frédéric LE COMTE

SAINT-NAZAIRE

Tél : 02.40.53.47.51
Fax : 02.40.70.56.03

8 lits

H.A.D.

4 rue Auguste Comte
44600 SAINT-NAZAIRE

Directeur Général :	M. MORICE
Directeur :	Mme LALARDRIE
Cadre Infirmier :	Mme MILLET
Médecin coordonnateur :	Pierre VIELLIARD



Fédération Nationale des Établissements
d'Hospitalisation à Domicile

SOISSONS

Tél : 03.23.75.51.00
Fax : 03.23.75.51.19

18 lits

ASSOCIATION MEDICO SOCIALE ANNE MORGAN**Service H.A.D.**

31 rue Anne Morgan
B.P. 111
02203 SOISSONS CEDEX

Président : Mme MECHIN
Directeur Adjoint : Michèle LEGROS-BEL-YAZID
Médecin coordonnateur : Dominique LINE

TOULON

Tél : 04.94.27.50.50
Fax : 04.94.27.50.50

57 lits

SANTE SOLIDARITE DU VAR

Service H.A.D.
Avenue Aristide Briand
83160 LA VALETTE DU VAR

Président : Yvon MORIN
Directeur : Dr ZIMMERMANN
Médecin coordonnateur : Patrice ZIMMERMANN

TOULOUSE

Tél : 05.61.77.20.54
Tél Surveillante :
05.61.77.76.53
Fax : 05.61.77.92.48

30 lits

SERVICE H.A.D.

Sous-sol du Bâtiment R.O.R.
Hôpital Purpan
Place du Docteur Baylac
31052 TOULOUSE CEDEX

Directeur Général : M. RETTIG
Responsable service : Mme le Pr ARLET-SUAU
Surveillante : Mme MANENT
Médecin coordonnateur : Marie-Françoise
THIERCELIN-LEGRAND

TOURS

Tél : 02.47.37.42.42
Fax : 02.47.37.52.60

30 lits

HOPITAL A DOMICILE DE TOURS

14 Place Jean-Baptiste Carpeaux
37000 TOURS

Président : Pr LARMANDE
Directeur : Serge CABAL
Médecin coordonnateur : Michel TIRONNEAU

VICHY

Tél : 04.70.97.33.33
Fax : 04.70.97.33.44

12 lits

H.A.D.

Centre Hospitalier Général de Vichy
Boulevard Denière
03209 VICHY CEDEX

Directeur CH : Jean CHMID
Surveillant : Jacques CHAUMEIL
Médecin coordonnateur : Dr DUBOISSET



Fédération Nationale des Établissements
d' Hospitalisation à Domicile

✓ **Annexe 5**

MEDECINS HOSPITALIERS

1 – Avez-vous déjà confié un patient à l'HAD ?

Oui

Non

Si non, pourquoi :

2 – Avec quelle structure travaillez-vous régulièrement ?

Santé Service Limousin

HAD CHU

3 - Avez-vous constaté plus de difficultés dans l'observance du traitement chez les patients en HAD par rapport aux patients hospitalisés ?

Oui

Non

4 – Avez-vous avec les équipes d'HAD des contacts :

◇ tout à fait satisfaisants

◇ satisfaisants

◇ peu satisfaisants

◇ pas du tout satisfaisants

5- Pour un patient en HAD, avez-vous avec les médecins généralistes des contacts :

◇ tout à fait satisfaisants

◇ satisfaisants

◇ peu satisfaisants

◇ pas du tout satisfaisants

6 - Trouvez-vous souhaitable la participation du patient et de son entourage à certains soins ou gestes techniques ?

Oui

Non

7- Après une entrée en HAD, constatez-vous une amélioration chez le patient de :

◇ son humeur

◇ sa volonté de lutter contre la maladie

◇ ses troubles du sommeil

◇ les effets secondaires des traitements

8 – En HAD, l'entourage du patient vous semble-t-il plus impliqué que lors d'une hospitalisation classique ?

Oui

Non

9 – Quelles modifications souhaitez-vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?

.....
.....

MEDECINS GENERALISTES

1 - Vous êtes vous occupés de personnes en HAD ?

Oui

Non

2 - Si oui, avec quelles structures travaillez-vous régulièrement ?

Santé Service Limousin

HAD du CHU

3 - Si vous n'êtes pas le prescripteur, avez-vous accueilli la décision d'entrée en HAD de votre malade de façon :

◇ très favorable

◇ favorable

◇ plutôt défavorable

◇ tout à fait défavorable

4 - L'HAD vous a-t-il permis d'utiliser de nouvelles techniques ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles :

5 - Par ce système de soins, avez-vous constaté une amélioration de vos contacts avec les médecins spécialistes ?

Oui

Non

6 - Avez-vous été en opposition avec les décisions prises par le médecin hospitalier :

◇ souvent

◇ parfois

◇ jamais

7 - Avez-vous remarqué un changement de comportement dans la famille ou l'entourage du malade pendant la période d'intervention de l'HAD au domicile ?

Oui

Non

8 - Lors de l'HAD, avez-vous ressenti votre rôle de soutien psychologique auprès du malade comme :

◇ déterminant

◇ important

◇ faible

9 - Avez-vous dû intervenir plusieurs fois en urgence auprès du malade ou de sa famille pour une situation de stress ou d'angoisse vis-à-vis de :

◇ la maladie

◇ des responsabilités dues à l'HAD

◇ de l'isolement

◇ des techniques médicales utilisées

10 - Pensez-vous que le cahier de liaison concernant les soins et les prescriptions est un système adapté pour le domicile ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

11 - Ressentez-vous parfois un manque :

◇ de technique

◇ de matériels

Précisez:.....

12 -Quelles modifications souhaitez-vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?

.....
.....

**INFIRMIERS DE SANTE - SERVICE - LIMOUSIN
et INFIRMIERS LIBERAUX**

1 - Si vous êtes IDE. libéral, avez-vous hésité à participer aux soins d'un malade en HAD ?

Oui

Non

Si oui, pourquoi ?

2 - Si vous êtes infirmier de SSL, est-ce votre premier poste à SSL ?

Oui

Non

Si non, où travailliez-vous auparavant ?

Pourquoi avez-vous choisi de travailler à SSL ?

◇ attrait d'un travail nouveau

◇ travail hors des structures hospitalières classiques

◇ autre réponse :

3 - Avez-vous ressenti le besoin de formations techniques et médicales supplémentaires pour prendre en charge des patients en HAD ?

Oui

Non

Si oui, quelles sont les formations suivies ?

4 - Pour la prise en charge du patient en HAD, pensez-vous avoir été ?

◇ très bien informé par le prescripteur

◇ bien informé par le prescripteur

◇ peu informé par le prescripteur

◇ pas du tout informé par le prescripteur

5 - Pensez-vous que le cahier de liaison concernant les soins et les prescriptions est un système adapté pour le domicile ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

6 - Dans le cadre de l'HAD, vos actions vous demandent-elles davantage d'initiatives ?

Oui

Non

7 - Avez-vous fréquemment obtenu en dehors de la présence du malade des contacts avec l'entourage qui vous pose des questions, vous fait des confidences ?

Oui

Non

8 - Vous sentez-vous parfois seul dans votre travail en HAD ?

Oui

Non

9 – Avez-vous des périodes de stress dans votre travail en HAD liées :

- ◇ à des pathologies plus lourdes qu'habituellement
- ◇ à un contact plus personnalisé avec le patient
- ◇ à une participation affective plus importante
- ◇ à une difficulté à prendre du recul

10 – Lors d'une visite à domicile, en dehors des gestes techniques effectués, vous consacrez :
20 % 50 % 80 %
du temps au dialogue avec le patient et son entourage.

11 – Une éventuelle réhospitalisation est-elle ressentie :

a) par le patient :

- ◇ comme un échec
- ◇ comme une alternative

Expliquez :

a) par l'entourage :

- ◇ comme un échec
- ◇ comme une alternative

Expliquez :

12 - En tant qu'IDE libéral, avez-vous avec les équipes d'HAD, des contacts :

- ◇ tout à fait satisfaisants
- ◇ satisfaisants
- ◇ peu satisfaisants
- ◇ pas du tout satisfaisants

13 - En tant qu'IDE de SSL, avez-vous avec les IDE libéraux, des contacts :

- ◇ tout à fait satisfaisants
- ◇ satisfaisants
- ◇ peu satisfaisants
- ◇ pas du tout satisfaisants

14 - Avez-vous avec les médecins généralistes, des contacts :

- ◇ tout à fait satisfaisants
- ◇ satisfaisants
- ◇ peu satisfaisants
- ◇ pas du tout satisfaisants

15 - En tant qu'IDE libéral, reprendrez-vous en charge un patient en HAD ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

16 - Quelles modifications souhaiteriez-vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?

.....
.....

INFIRMIERS DE L'HAD - CHU

1 - Pensez-vous que le travail en HAD se rapproche du travail infirmier libéral ?

Oui

Non

2 - Avez-vous moins de contraintes hiérarchiques en travaillant en HAD que dans un autre service hospitalier ?

Oui

Non

3 - Le travail en HAD vous permet-il d'organiser votre travail de manière plus souple qu'en service hospitalier ?

Oui

Non

4 - Avez-vous en HAD l'obligation de prendre plus d'initiatives au plan médical qu'à l'hôpital ?

Oui

Non

5 - Avez-vous un travail plus diversifié qu'à l'hôpital ?

Oui

Non

6 - Vous sentez-vous parfois seule dans votre travail en HAD ?

Oui

Non

7 - Avez-vous des périodes de stress dans votre travail en HAD liées :

✧ à un éloignement de la hiérarchie habituelle entraînant

une part de responsabilité plus importante

✧ une participation affective plus importante de votre part

✧ une difficulté à prendre du recul

8 - Avez-vous l'impression de mieux connaître les malades en HAD qu'en hospitalisation classique ?

Oui

Non

9 - Pensez-vous avoir en HAD plus de temps pour vous occuper d'un patient qu'un infirmier hospitalier ?

Oui

Non

10 - Avez-vous fréquemment, en dehors de la présence du malade, des contacts avec son entourage qui vous pose des questions, vous fait des confidences ?

Oui

Non

11 - Lors d'une visite à domicile, en dehors des gestes techniques effectués, vous consacrez :

20 %

50 %

80 %

du temps au dialogue avec le patient et son entourage.

12 - Une éventuelle réhospitalisation est-elle ressentie :

a) par le patient

◇ comme un échec

◇ comme une alternative

Expliquez :

b) par l'entourage

◇ comme un échec

◇ comme une alternative

Expliquez :

13 - Les patients en HAD ont-ils selon vous une volonté plus forte de combattre la maladie par rapport aux personnes hospitalisées ?

Oui

Non

14 - Avez-vous, avec les équipes libérales (kinésithérapeute, diététicien...), des contacts :

◇ tout à fait satisfaisants

◇ satisfaisants

◇ peu satisfaisants

◇ pas du tout satisfaisants

15 - Avez-vous, avec les médecins généralistes, des contacts :

◇ tout à fait satisfaisants

◇ satisfaisants

◇ peu satisfaisants

◇ pas du tout satisfaisants

16 - Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apporter au système pour l'avenir ?

.....
.....

AIDE-SOIGNANTE DE SANTE-SERVICE-LIMOUSIN

1) Est-ce votre premier poste à Santé-Service-Limousin (SSL) ?

OUI

NON

Si non, où travailliez-vous auparavant ?

.....

Pourquoi avez-vous choisi de travailler à SSL ?

- attrait d'un travail nouveau

- travail hors des structures hospitalières

- autre réponse :.....

2) Avez-vous ressenti le besoin de formations techniques et médicales supplémentaires pour prendre en charge des patients en HAD ?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?.....

3) Pensez-vous que le carnet de liaison concernant les soins est un système adapté pour le domicile ?

OUI

NON

4) Dans le cadre de l'HAD, vos actions vous demandent-elles davantage d'initiatives ?

OUI

NON

5) Avez-vous fréquemment obtenu, en dehors de la présence du malade, des contacts avec l'entourage qui vous pose des questions, vous fait des confidences ?

OUI

NON

6) Lors d'une visite à domicile, en dehors des gestes techniques effectués, vous consacrez :

20%

50%

80%

du temps au dialogue avec le patient et son entourage.

7) Une éventuelle réhospitalisation est-elle ressentie :

a) par le patient :

- comme un échec

- comme une alternative

Expliquez :.....

b) par l'entourage :

- comme un échec

- comme une alternative

Expliquez :.....

8) Avez-vous avec les IDE des contacts :

- tout à fait satisfaisants

- satisfaisants

- peu satisfaisants

- pas du tout satisfaisants

9) Vous sentez-vous parfois seul dans votre travail en HAD ?

OUI

NON

10) Avez-vous des périodes de stress dans votre travail liées :

- à un contact plus personnalisé avec le patient

- à des pathologies plus lourdes qu'habituellement

- à une difficulté de prendre du recul

11) Quelles modifications souhaiteriez-vous voir apporter à l'HAD dans l'avenir ?

✓ **Références**

Bibliographiques

- ◆ 1 – ANDERSON S. – KALEEBA N. - *Les défis de la prise en charge des malades du SIDA à domicile. Santé du Monde* 1994, 4, 20-22

- ◆ 2 – BEGHITH M. – DHAINAUT J.F- SICARD D. - *Hospitalisation à domicile des patients atteints du SIDA : Aspects cliniques. Concours Médical* 1992, 114, 2797-2800

- ◆ 3 – BEZ G. - *Cancer, SIDA et société pour une approche globale de la santé. ESF Editeur, 243-251*

- ◆ 4 – BONGARS V. - *L'hospitalisation à domicile, pour quels malade*
Thèse de médecine, PARIS – VII, 1984

- ◆ 5 – BOUCHEZ H. - *Hospitalisation à domicile des patients atteints du SIDA : Aspects administratifs. Concours Médical* 1992, 114, 2581-2583

- ◆ 6 – BUNGENER M. - *Décision thérapeutique et HIV*
Sciences Sociales et Santé 1993, volume XI 3,4, 6-48

- ◆ 7 – CALLOT R. - *Hospitalisation à domicile à but non lucratif*
L'exemple de Santé Service Limousin. Thèse de médecine, LIMOGES, 1992

- ◆ 8 – CAUCHET LEVASSOR V., CAUCHET P. - *Le médecin généraliste face à l'hospitalisation à domicile. Thèse de médecine, LILLE, 1987*

- ◆ 9 - CHABRUN C. - *L'hospitalisation à domicile, réalisation et perspectives. Concours Médical 1973, 95, 5095-5102*

- ◆ 10 – CHABRUN-ROBERT C. - *L'hospitalisation à domicile dans le système de soins. Concours Médical 1978, 100, 6595-6598*

- ◆ 11 – CHABRUN-ROBERT C. - *Hospitalisation à domicile à la recherche de sa définition. Concours Médical 1980, 102, 2949-2951*

- ◆ 12 – CHABRUN-ROBERT C. - *Les soins coordonnés au domicile. Concours Médical 1989, 111, 526-529*

- ◆ 13 – CHABRUN-ROBERT C. - *L'hospitalisation à domicile en 1992. Concours Médical 1993, 115, 1817-1819*

- ◆ 14 – COLOMBEAU P.- DUPUIS J.L. - *L'opéré de la prostate revenu chez lui. Concours Médical 1989, 110, 2375-2379*

- ◆ 15 – COTTIN D. – ROGER M. – DUVIQUET M. - *Prescriptions des soins à domicile. Concours Médical 1991, 113, 1966-1967*

- ◆ 16 – DELMONT E. - *Hospitalisation à domicile au CHRU de Limoges*
Thèse de médecine, LIMOGES, 1985

- ◆ 17 – DI PIAZZA M. - *Pour une participation active des médecins généralistes au développement de l'hospitalisation à domicile. Thèse de médecine, PARIS – VII, 1996*

- ◆ 18 – HAGGAI DRIGUEZ G. - *L'hospitalisation à domicile, aspects médico-sociaux. Thèse de médecine, MARSEILLE, 1985*

- ◆ 19 – JUSKIEWENSKI S. - *L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile, alternatives à l'hospitalisation classique. Conseil économique et social 1982, Journal Officiel du 22/01/1982*

- ◆ 20 – LYON HIV 1993 - *Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière des patients atteints du SIDA. Recueil d'abstracts*

- ◆ 21 - MARMET T. – *L'hospitalisation à domicile en pratique*
Expérience de l'Aveyron. Le Médecin du centre Est 1995, 33, 39-42

- ◆ 22 – MOULA H. – DI PIAZZA M. – BENHAMOU G. - *Le généraliste et l'hospitalisation à domicile. Concours médical 1997, 119, 2262-2264*

- ◆ 23 – RAFFY N. - *L'hospitalisation à domicile, une alternative économique*
Concours médical 1994, 116, 1097-1101

- ◆ 24 – RAFFY PIHAN N. - *Hospitalisation à domicile : une place marginale dans le système de santé.* *Concours Médical 1995, 117, 281-283*

- ◆ 25 – SEBAG LANOE R. – CAZAS A. - *L'accompagnement du vieillard mourant.* *Concours Médical 1988, 110, 761-767*

- ◆ 26 – SOROCHAN M. – LYNN BEATTIE B. - *Soigner à domicile fait-il faire des économies.* *Santé du Monde 1994, 4, 18-19*

- ◆ 27 – SOUYRIS A. - *Soins à domicile : un système lourd d'incohérence*
Le Journal du SIDA 1995, 75-76, 9-12

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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 mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 66

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Résumé :

L'hospitalisation à domicile est une alternative à l'hospitalisation classique, précisée par les décrets d'octobre 1992.

Après un rappel historique, une présentation des données nationales actuelles sur l'HAD et la description des deux services d'hospitalisation à domicile à Limoges (l'un publique attaché au CHRU et l'autre, organisme privé à but non lucratif : Santé Service Limousin), nous établissons un recueil de toutes les informations apportées par une étude par questionnaires.

Cette enquête d'opinion comprend cinq documents adressés aux différents intervenants de l'HAD : médecins hospitaliers, médecins généralistes, infirmiers libéraux et de SSL, infirmiers de l'HAD du CHRU et aides-soignantes de SSL.

L'étude de ces données démontre que la majorité des acteurs de l'HAD est satisfaite et souhaite le développement d'une telle prise en charge. Ils proposent cependant une meilleure coordination du personnel soignant pour mieux définir les objectifs de soins.

L'HAD, outre son avantage humain, a un intérêt économique et médical. A la suite de l'étude, nous proposons des suggestions pour améliorer l'hospitalisation à domicile tant sur le plan local, à Limoges, que national.

Mots clés :

Hospitalisation à domicile

HAD en Limousin

Etude par questionnaires