



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THESE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Brahim HAMMOUCHE**

**Le 11 mars 2003**

**MEDECINS GENERALISTES  
ET  
HOSPITALISATION A DOMICILE**

REFLEXIONS A PROPOS D'UNE ENQUETE  
EN REGION LORRAINE

Examineurs de la thèse :

Mr. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Président
Mr. Xavier DUCROCQ	Professeur	Juge
Mr. Athanase BENETOS	Professeur	Juge
Mr. Christian HULLEN	Docteur en Médecine	Codirecteur
Mme. Sophie SIEGRIST	Docteur en Médecine	Codirectrice



FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET  
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON  
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE  
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT  
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT  
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ  
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT  
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI  
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET  
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES  
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER  
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY  
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -  
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

-----

42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

-----

43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie cellulaire)**

Professeur Claude BURLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Professeur Bernard FORTIER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Guy PETIET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE  
Professeur Didier MAINARD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Gérard FIEVE

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET  
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Professeur Hubert GERARD

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

-----

**27<sup>ème</sup> section : INFORMATIQUE**

Professeur Jean-Pierre MUSSE

-----

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Daniel BURNEL

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ**

**Épidémiologie, économie de la santé et prévention**

Professeur Tan XIAODONG

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER  
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK  
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**  
Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION  
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD  
**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**  
Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))**  
Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE. GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**  
Docteur Marie-Nathalie SARDA  
**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**  
Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT  
**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**  
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT  
Docteur Damien LOEUILLE

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT. GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

-----

**19<sup>ème</sup> section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Michèle BAUMANN

-----

**32<sup>ème</sup> section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**  
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**  
Monsieur Alain DURAND

-----

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**  
Madame Nadine MUSSE

-----

**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**  
Madame Tao XU-JIANG

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**  
Docteur Alain AUBREGÉ  
Docteur Louis FRANCO

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON  
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN  
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET  
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER  
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ  
Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Paul MICHIENSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	
Professeur Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J.D. De KORWIN,  
Professeur de Médecine Interne.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse et d'en présider le jury.

Nous vous remercions de vos conseils avertis et de vos corrections rigoureuses.

Nous avons durant nos études médicales apprécié la qualité pédagogique de votre enseignement et votre jeunesse d'esprit.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre déférence.

A Notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur X. DUCROCQ,

Professeur de Neurologie.

Nous vous remercions de participer à notre jury de thèse.

Nous avons particulièrement apprécié votre démarche éthique durant l'enseignement du D.I.U. d'éthique médicale et nous sommes sensibles à vos compétences humaines et médicales.

A Notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur A. BENETOS,

Professeur de Médecine Interne, de Gériatrie et de Biologie du Vieillissement.

Vous nous faites l'honneur, pour la première fois à Nancy, de juger notre travail.

Nous avons apprécié durant la capacité de gérontologie votre esprit bernardien et votre souci de relier l'approche expérimentale à la clinique.

Pour nous, gériatre en formation, vous êtes exemplaire d'une gériatrie fondée sur les preuves et une assurance pour l'avenir fondamental de notre discipline dans le Grand-Est.

A Notre Juge et Codirecteur de Thèse

Monsieur le Docteur HULLEN,

Médecin Anesthésiste, coordonnateur de l'HADAM.

Nous avons été sensible à votre humanité, vos compétences techniques et votre investissement quant au développement de l'hospitalisation à domicile dans l'agglomération messine.

Nous vous remercions d'avoir co-dirigé ce travail et espérons prolonger notre rencontre par une amitié faite de partage et d'échange au sein de l'HADLOR.

A Notre Juge et Codirectrice de Thèse,

Madame le Docteur SIEGRIST,  
Médecin Généraliste.

Nous vous remercions d'avoir pris la disponibilité d'avoir accepté de co-diriger cette thèse.

Votre démarche faite de " bon sens généraliste " nous ont permis de donner une orientation pratique à notre enquête sur le terrain de la médecine générale.

Soyez assurée de notre meilleur souvenir.

Qu' ils soient également remerciés pour leurs aides :

Monsieur le Docteur STEYER, président de l'AMMPPU,

Madame CAMERLINGO du secrétariat de l'AMMPPU,

Monsieur le Docteur ALLA, MCU-PH du service d'épidémiologie et d'évaluation clinique du C.H.U de Nancy,

Madame FISCHER du secrétariat du service d'épidémiologie et d'évaluation clinique du C.H.U de Nancy des Professeurs Briançon et Guillemin,

Madame RECHT du secrétariat de médecine interne du Professeur De KORWIN,

Monsieur le Docteur TRUCHETET, chef de service de dermatologie du C.H.R Metz-Thionville ainsi que ses secrétaires, tout particulièrement Madame ADJAOUD,

Monsieur GARCIA Yannick, Secrétaire Général de la FNEHAD,

Mesdames les sages-femmes de Sarreguemines, Thionville, Gérardmer,

Madame le Docteur TESSIER du centre Jacques PARISOT,

Toute l'équipe de l'HADAM pour son " gai savoir ",

Tous les médecins généralistes qui ont répondu à cette enquête.

A mes deux Scheeries,

Sâkîna et Schéhérazade

que :

*" j'aime tout plein dans le cœur des biches au lait..."*

A ma famille,

Mes parents pour leurs efforts patients d'une vie consacrée à transmettre du sens  
pour le bien être de leurs enfants

Mes sœurs, mes frères, leurs familles pour leur soutien affectif

A ma belle-famille pour sa gaieté et sa générosité de cœur

A mon vieux maître, Monsieur Placial pour ces fidèles années de correspondances

A mes amis pour leurs exigences,

Ceux de Jacques Callot plus particulièrement ...

A Farouk pour ces vingt ans de présence

A Berta pour sa " cooperative learning " de Californie du Sud

## SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	page 22
<b>PREMIERE PARTIE : L'HAD</b> .....	page 24
<b>CHAPITRE I : GENERALITES</b> .....	page 25
1. Définition .....	page 26
2. Historique et cadre réglementaire .....	page 26
2.1. USA .....	page 27
2.2. Canada .....	page 27
2.3. Union Européenne .....	page 27
2.3.1. France .....	page 27
2.3.2. Pays Bas .....	page 33
2.3.3. Belgique .....	page 33
2.3.4. Grande Bretagne .....	page 33
2.3.5. Allemagne .....	page 33
2.3.6. Suède .....	page 34
2.3.7. Grèce .....	page 34
2.3.8. Espagne .....	page 34
2.3.9. Italie .....	page 34
3. Principes généraux d'une HAD .....	page 34
3.1. La qualité du domicile et les outils de l'hôpital .....	page 34
3.2. Les types de soins .....	page 35
3.3. Les modalités de prise en charge .....	page 36
3.4. Pour un projet thérapeutique global .....	page 37
3.4.1. Rôles du patient .....	page 37
3.4.2. Rôles des aidants naturels .....	page 38
3.4.3. Rôles du médecin traitant .....	page 38
3.4.4. Rôles du médecin hospitalier .....	page 39
3.4.5. Rôles de l'équipe soignante et de l'assistante sociale .....	page 39
3.4.6. Rôles du médecin coordinateur .....	page 41
3.4.7. Rôles du pharmacien hospitalier .....	page 41
3.4.8. Rôles de l'industrie pharmaceutique et des sociétés de services de soins à domicile .....	page 42
<b>CHAPITRE II : ETAT DES LIEUX</b> .....	page 43
1. Données nationales en 2002 .....	page 44
2. En lorraine en 2002 .....	page 44
2.1. Les structures existantes .....	page 44

2.2. Le SROS de 3 <sup>ème</sup> génération .....	page 45
3. Organisation et fonctionnement des structures HAD en Lorraine .....	page 45
3.1. Le centre Jacques PARISOT .....	page 46
3.1.1. Mode de fonctionnement .....	page 46
3.1.2. Aire géographique d'activité .....	page 47
3.1.3. Les intervenants .....	page 47
3.2. L'HADAM .....	page 48
3.2.1. Mode de fonctionnement .....	page 48
3.2.2. Les intervenants .....	page 48
3.2.3. Tranche d'âge des patients en HAD .....	page 49
3.2.4. Secteur géographique d'activité .....	page 50
3.2.5. Les types de soins .....	page 51
3.2.5.1. Les objectifs de prise en charge .....	page 51
3.2.5.2. Des interventions plus ou moins complexes .....	page 52
3.2.5.3. Des pathologies très diverses .....	page 53
3.2.6. Les modes de sortie de l'HADAM .....	page 55
CHAPITRE III : PROBLEMATIQUE DU SYSTEME DE SANTE .....	page 56
1. Evolution des besoins de la population .....	page 57
1.1. Le vieillissement de la population .....	page 57
1.2. Les dépenses liées au vieillissement .....	page 59
2. Le coût de l'hospitalisation .....	page 60
3. L'offre de soins .....	page 62
4. Les progrès technologiques .....	page 65
5. La conjoncture épidémiologique .....	page 65
CHAPITRE IV : LES AUTRES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION .....	page 66
1. Les alternatives internes .....	page 67
1.1. L'activité hospitalière ambulatoire .....	page 68
1.2. L'hospitalisation de jour, de nuit, de semaine, de week-end .....	page 68
1.3. Les consultations externes .....	page 69
2. Les alternatives externes à l'hospitalisation traditionnelle .....	page 69
2.1. Les services de soins à domicile .....	page 70
2.2. L'aide à domicile .....	page 71
2.3. Le maintien à domicile .....	page 71
3. Les filières de soins et les réseaux ville-hôpital .....	page 73
4. Particularités des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie .....	page 74
5. Les équipes de soins palliatifs .....	page 75
CHAPITRE V : ANALYSE DES FREINS ET DES FACTEURS DU DEVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE .....	page 77
1. Les freins au développement .....	page 78
1.1. Les freins imputables à la demande .....	page 78
1.2. Les freins imputables à l'offre .....	page 79
2. Les facteurs de développement .....	page 80
3. Le plan hôpital 2007 .....	page 80

<b>DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE</b> .....	page 82
CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ETUDE .....	page 83
1. L'idée de la thèse .....	page 84
2. Hypothèse de travail .....	page 84
3. Déroulement de l'étude.....	page 85
4. Les objectifs.....	page 86
CHAPITRE II : METHODOLOGIE .....	page 87
1. Le questionnaire .....	page 88
2. La sélection des échantillons .....	page 90
CHAPITRE III : RESULTATS .....	page 92
1. Analyse descriptive du groupe A (ayant participé à une HAD)	page 93
1.1. Profil des médecins ayant eu une expérience HAD .....	page 93
1.2. Connaissance générale de l'HAD .....	page 97
1.3. L'HAD dans une pratique généraliste : comment ? .....	page 100
1.4. En résumé .....	page 111
2. Analyse descriptive du groupe B ( sans expérience en HAD) ....	page 112
2.1. Profil des médecins sans expérience en HAD .....	page 112
2.2. Connaissance générale de l'HAD .....	page 116
2.3. Une pratique généraliste sans HAD : pourquoi ? .....	page 119
2.4. En résumé .....	page 128
3. Analyse comparative des deux groupes .....	page 129
 <b>TROISIEME PARTIE :</b>	
<b>DISCUSSION DES RESULTATS ET PROPOSITIONS</b> .....	page 140
CHAPITRE I : DISCUSSION .....	page 141
1. Une nouvelle définition de la médecine générale .....	page 142
1.1. La crise libérale du médecin de famille .....	Page 142
1.2. Le médecin généraliste : spécialiste en soins primaires ?.....	page 143
2. L'hôpital et son avenir .....	page 144
2.1. La crise structurelle de l'hôpital .....	page 144
2.2. L'HAD : avenir de l'hôpital ? .....	page 145
3. L'HAD comme prototype du réseau .....	page 145
3.1. L'HAD : maillon fort des réseaux .....	page 145
3.2. Pour une HAD dynamique .....	page 146
4. Vers une éthique de la proximité .....	page 147
4.1. Le défi de la complexité .....	page 147
4.2. La culture du partage .....	page 148
4.3. La naissance d'un nouvel espace éthique .....	page 149
CHAPITRE II : INTERET DE L'HAD EN MEDECINE GENERALE .....	page 150
1. Parce que c'est devenu possible .....	page 151
2. Parce que c'est utile .....	page 152
3. Parce que cela à un sens .....	page 152

CHAPITRE III : PROPOSITIONS .....	page 155
1. Plaidoyer pour une culture du partage .....	page 156
2. Informer sur ce qui se fait .....	page 157
3. Analyser les besoins .....	page 157
4. Coordonner les interventions .....	page 158
5. Former les intervenants .....	page 158
6. Editer un vade-mecum .....	page 160
7. Evaluer les pratiques .....	page 160
8. Financer les propositions .....	page 161
<b>CONCLUSION</b> .....	page 162
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	page 165
<b>ANNEXES</b> .....	page 172

*« Certains même, savants spécialistes sans doute, avaient compris, pour leur propre compte, que chaque portion de leur savoir ressemble ainsi, au manteau d'Arlequin, puisque chacune travaille à l'intersection ou à l'interférence de plusieurs autres sciences et presque de toutes, quelquefois. Ainsi, leur académie ou l'encyclopédie rejoignait formellement la comédie de l'art. »*

LE TIERS-INSTRUIT

P 16 ; Editions François BOURIN

Février 1991

Michel SERRES



LE PARALYTIQUE SERVI PAR SES ENFANTS.

### **LE PARALYTIQUE SERVI PAR SES ENFANTS**

Gravure d'Alix, début du XIXème siècle, d'après le tableau de GREUZE

(Paris, Bibl.Nat., cab. des Estampes)

# *INTRODUCTION*

## INTRODUCTION



Quelles améliorations dans les résultats de la médecine depuis un demi siècle ! Le progrès technologique permet aux structures sanitaires et sociales de soigner à domicile des patients dont les soins sont de plus en plus complexes. S'inscrivant dans cette optique, l'hospitalisation à domicile se pose comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Cependant l'hospitalisation à domicile (HAD), bien que cinquantenaire, demeure encore à un stade initial de développement.

L'objectif de ce travail de thèse est de faire une évaluation en Lorraine, et plus particulièrement dans le secteur de l'HAD de l'agglomération messine, de l'hospitalisation à domicile par les médecins traitants, leurs points de vue quant à sa place dans le système de soins actuel, ainsi que les difficultés rencontrées en pratique dans l'HAD.

Après avoir procédé à une présentation générale de l'HAD, ainsi qu'à une analyse de la problématique du système de santé et à un recensement de l'état des lieux en 2002 en France et plus spécifiquement en Lorraine des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation traditionnelle, nous aborderons notre enquête.

Il apparaît nécessaire, en effet, de disposer d'une étude évaluant la connaissance de cette structure par les médecins généralistes en Lorraine, leurs approches respectives ainsi que leur vécu de cet exercice particulier sur le terrain afin de proposer quelques pistes de réflexions et d'actions.

Enfin, ce travail aura été fructueux s'il permet d'améliorer, voir d'harmoniser les rapports entre intervenants hospitaliers et intervenants libéraux pour former un véritable partenariat hospitalo-libéral participant à l'amélioration de la qualité des soins en médecine en général !

# *PREMIERE PARTIE*

## *L'HAD*

*CHAPITRE I*  
*GENERALITES*

## CHAPITRE I – GENERALITES

### **1. DEFINITION**

La loi n° 91-748 du 31/07/1991 portant sur la réforme hospitalière avec son décret d'application du 02/10/1992 reconnaît l'hospitalisation à domicile comme une alternative à l'hospitalisation (cf. annexe 1).

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une structure de soins alternative à l'hospitalisation traditionnelle et a pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Elle dispense « *au domicile du patient pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux en continu nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile, en particulier par leur complexité et la fréquence des actes nécessaires.* » (décret du 02/10/1992)

L'HAD doit donc être distinguée de toutes les autres formes de soins à domicile, en particulier du maintien à domicile.

En effet, elle ne se substitue pas aux structures existantes de soins mais doit demeurer une formule alternative de type sanitaire permettant d'assurer 24 heures/24, au domicile, des soins coordonnés d'une intensité identique à ceux qui auraient été reçus durant une hospitalisation classique.

### **2. HISTORIQUE ET CADRE REGLEMENTAIRE [56]**

#### **2.1. USA**

- 1796 Premier programme de soins à domicile réalisé par le dispensaire de Boston.
- 1880 Apparition des premières agences spécialisées dans le soin à domicile.

- 1945 Le Professeur BLUESTONE à l'hôpital MONTEFIORE de New-York suit certains de ses patients à domicile pour désengorger son service hospitalier et fonde en 1945 le "Home health care", intégrant deux concepts : le soin infirmier à domicile et les ressources de la médecine hospitalière dans un cadre familial avec ses montages matériels, psychologiques et sociaux. La médecine libérale est cependant exclue de ce retour à domicile.

## **2.2. Canada**

- 1981 "L'Hôpital Extra-mural" se crée dans un contexte d'absence de service de soins à domicile.
- 1986 "Hôpital à Domicile" à QUEBEC au sein du Centre Hospitalier de VERDUN pour apporter une solution aux problèmes d'engorgements des urgences, mais la volonté politique semble vouloir transférer aux cours des années à venir l'HAD vers les structures de soins à domicile des Centres Locaux de Santé Communautaire (CLSC).

## **2.3. Union Européenne**

### **2.3.1. France**

- 1790 François Alexandre Frédéric, Duc de LA ROCHEFOUCAULT-LIANCOURT, Président du Comité de Mendicité de l'Assemblée Constituante évoque l'idée de prodiguer des soins à domicile.  
Dupont de NEMOURS défendit également avec enthousiasme le soin des malades à domicile entourés de l'affection de leurs familles.
- 1793 24/11/1793. La constitution montagnarde proclamait plusieurs droits sociaux tel que le droit aux secours publics :  
« *Les secours publics sont une dette sacrée* ».

- 1848 Création de bureaux de bienfaisance tenus par des religieuses gardes-malades et des personnes dévouées (8000 bureaux qui ont secouru près d'un million de nécessiteux en 1848) [53].
- 1851 Loi du 07/08/1851 : le quart du budget des hôpitaux pouvait financer les secours à domicile.
- 1873 Loi du 21/05/1873 : la participation des hôpitaux est augmentée à 1/3 de leurs budgets.
- 1890 Création des hôpitaux intercommunaux.
- 1893 L'Assistance Médicale Gratuite est votée par la IIIème République.
- 1905 Loi du 14/07/1905 prévoit l'assistance aux enfants, aux vieillards et aux infirmes.
- 1928 Premier essai d'hospitalisation à domicile (HAD) en France en pédiatrie par les Docteurs HUTER, LESNE et GUIGNON qui émettent le vœu qu'au niveau de l'Assistance Publique soit créé un corps d'infirmiers chargé d'assurer les soins à domicile des enfants et d'assumer l'éducation sanitaire des parents [30].
- 1945 Ordonnance du 04/10/1945 fonde la Sécurité Sociale comme système global, cohérent, universel et unique de protection sociale.
- 1951 Pour les mêmes raisons que le Professeur BLUESTONE à New York, les Professeurs SIGUIER et ESTEVE de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) étudie ce système.

- 1956 Création du Fond National de la Solidarité pour les personnes âgées et développement du logement social.
- 1957 Première structure HAD créée par l'Assistance Publique de Paris (Hôpital TENON) par le Professeur SIGUIER en s'appuyant sur la médecine libérale.
- 1958 Création d'une seconde structure HAD (Santé-service), association semi privée pour le soin des malades cancéreux. C'est la première structure de type associatif d'HAD émanant de centres oncologiques dont l'Institut Gustave Roussy de Villejuif (Professeur DENOIX).
- 1958 Réforme Robert DEBRE instaure le temps plein hospitalier et accentue l'écart entre médecins de ville et hôpital.
- 1961 Signature de la première convention HAD entre la CRAM de Paris, l'APHP et Santé-service.
- 1962 Rapport Pierre Laroque propose une politique ambitieuse de la vieillesse avec notamment l'aide à domicile et l'amélioration du logement social [38].
- 1970 Loi du 31/12/1970 portant sur la réforme hospitalière, l'HAD est reconnue officiellement par cette loi comme le prolongement à domicile de l'activité hospitalière.
- 1973 Création de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), association conforme aux dispositions de la loi du 10/07/1901 et regroupant en son sein la très grande majorité des structures d'hospitalisations publiques et privées.

- 1974 Circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés du 29/10/1974 avec une convention permettant la création et le développement de l'HAD en précisant les conditions d'admissions des malades et les conditions de fonctionnement des structures HAD.
- 1976 Plan d'Action Prioritaire (PAP) n°15 engage l'Etat et les collectivités territoriales dans des services de proximités destinés aux personnes âgées (amélioration du cadre de vie,...).
- 1979 Loi du 29/12/1979, relative aux autorisations de création et d'extension des HAD.
- 1981 Décret du 08/05/1981 et circulaire du 01/10/1981 relatifs à la création et au fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).
- 1986 Circulaire du 12/03/1986 du Ministère des Affaires Sociales et Sanitaires mettant en relief la notion d'intensité des soins, l'admission après une simple consultation externe et ouvre l'HAD à tous les malades sauf les malades mentaux.  
Circulaire DGS/30 du 26/08/1986 dite "Laroque" relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.
- 1987 Ouverture de la première Unité de Soins Palliatifs à l'Hôpital International de la Cité Universitaire à Paris (Professeur Maurice ABIVEN).
- 1989 Création de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFASP) regroupant la plupart des associations de soins palliatifs (150 associations).

- 1991 Loi portant sur la réforme hospitalière, loi N°91-748 du 31/07/1991. L'HAD est définie comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation traditionnelle à temps complet ou permettant d'en réduire la durée. C'est la reconnaissance de l'HAD comme alternative à l'hospitalisation.
- 1992 Les décrets d'application du 02/10/1992 portant sur la loi de réforme hospitalière avec notamment les décrets 92-11 000, 92-11 001, 92-11 002 (cf annexe 1).  
Le médecin traitant peut être le prescripteur d'une HAD.
- N°92-11 000, portant application de l'article L712.10 du Code de la Santé Publique
- N°92-11 001, relative aux structures de soins à l'hospitalisation mentionnée à l'article L712.2 du Code de la Santé Publique
- N°92-11 002, relative aux conditions techniques de fonctionnement aux quels doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L712.2 du Code de la Santé Publique en application de l'article L712.9 de ce même code.
- 1993 Décret N°93-407 du 17/03/1993 relatif à la durée de validité des autorisations mentionnées à l'article 712.8 du Code de la Santé Publique et modifiant ce code. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L712.8.
- 1996 Ordonnance JUPPE du 24/04/1996 pour la maîtrise des dépenses de santé et l'adaptation de l'offre de soins libérale et hospitalière aux besoins de la population.  
Circulaire DH/EO/97 n°97-277 du 09/04/1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

- 1997 Arrêté du 04/03/1997 relatif à l'enseignement des soins palliatifs et du traitement de la douleur jugés prioritaires à compter de l'année universitaire 1996/1997.
- 1998 Circulaire DGS/DH n°98-586 du 24/09/1998 relative à la mise en œuvre du plan triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé et les réseaux de soins.
- 1999 Loi n° 99-477 du 09/06/1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs et votée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale.  
Circulaire DGS/Q21/DH/IDAS n°99-84 du 11/02/1999 relative à la mise en place de protocole de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes afin d'autoriser les infirmières à utiliser certains antalgiques.
- 1999 Charte de l'HAD adoptée lors de l'assemblée générale de la FNEHAD à Rodez en 06/1999 visant à garantir aux personnes malades la qualité et la fiabilité des structures quelque soit leur statut public ou privé (cf. annexe 4) [12].
- 2000 Circulaire DH/E02/2000/295 du 30/05/2000 (cf. annexe 2) qui vise à mieux définir le rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins à domicile en précisant les conditions d'une amélioration de la qualité de prise en charge des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui en l'absence d'un tel service seraient hospitalisés en établissement de santé. Les services d'HAD participent à la formation des intervenants libéraux dans leur domaine de compétence, en particulier la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs à domicile ou des protocoles de chimiothérapie.
- 2002 Loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades devrait donner un nouveau souffle aux réseaux de santé en les consacrant comme mode d'organisation sanitaire privilégiée entre professionnels, établissements de santé, institutions sociales ou médico-sociales et usagers.

### **2.3.2. Pays Bas**

- 1943 Accouchements à domicile avec développement de soins à domicile à partir de Centres Maternels.
- 1987 Projet de soins intensifs dans trois régions pour accueillir des malades en phase terminale. La coordination étant assurée par une agence spécialisée en soins à domicile, ce qui pose le problème de la frontière entre soins à domicile et hospitalisation à domicile.

### **2.3.3. Belgique**

- 1947 Arrêté du Régent du 20/07/1947 officialisant les soins à domicile. Depuis 50 ans, développement important des soins à domicile grâce à la Fédération Nationale des Associations Croix Jaune et Croix Blanche [44].

### **2.3.4. Grande Bretagne**

- 1965 Première apparition de l'HAD à l'hôpital Saint Thomas de Londres.
- 1978 Création officielle de l'"Hospital at home" ou "Hospital care at home".

### **2.4.5. Allemagne**

- 1970 Réorganisation des soins à domicile et création de centres sociaux ("Sozialstationen") regroupant les soins à domicile ("Haüslische Pflegehilfe" pour la prise en charge des personnes dépendantes) et l'hospitalisation à domicile ("Haüslische Krankenhilfe" pour la prise en charge des personnes malades).

#### **2.4.6. Suède**

1976 "Hospital-Based at home". Première expérience d'HAD réalisée au sein du département gériatrique de l'hôpital de MOTALA.

#### **2.4.7. Grèce**

1979 Premier service hospitalier de service de soins à domicile à l'hôpital METAXAS du Pirée.

#### **2.4.8. Espagne**

1980 "Unité d'hospitalisation à domicile" au sein de l'hôpital provincial de MADRID.

#### **2.4.9 Italie**

1984 "Ospedalizzazione a domicilio", développée par des gériatres de TURIN à l'attention de malades chroniques et en phase terminale.

### **3. PRINCIPES GENERAUX D'UNE HAD**

#### **3.1. La qualité du domicile et les outils de l'hôpital**

Depuis 1992, l'HAD est reconnue comme un établissement de santé. C'est une organisation structurelle permettant de prolonger l'hospitalisation à domicile ou d'éviter l'hébergement à l'hôpital d'un patient dont l'état de santé nécessite un séjour hospitalier.

Les soins prodigués sont donc complexes, continus et nécessairement coordonnés. Ils sont effectués par une équipe hospitalière, parfois aidée par une équipe paramédicale libérale.

Il faut souligner l'importance du versant socio-familial, en effet, le patient doit pouvoir être pris en charge affectivement par les proches.

Le domicile doit également pouvoir se prêter à cette modalité d'hospitalisation [43].

Des aides, pour les actes de la vie quotidienne, peuvent par ailleurs être fournies pour amener à des conditions adaptées au retour ou au maintien à domicile.

### **3.2. Les types de soins**

Toutes les pathologies graves (sauf les maladies mentales), qu'elles soient aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables ainsi que les pertes d'autonomie peuvent donner lieu à une prise en charge en hospitalisation à domicile.

L'HAD s'adresse également à tous les malades, quelque soit leur âge à condition qu'ils relèvent d'une surveillance et de soins actifs. Ces soins peuvent être ponctuels, continus et/ou de réadaptation (cf. annexe 2).

Les soins ponctuels sont des soins techniques, complexes, destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée et pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple).

Les soins continus associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.

Les soins de réadaptation au domicile sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée après la phase aiguë d'une pathologie (neurologique, cardiologique ou d'une polypathologie).

Ces soins nécessitent la mise en place d'un ou de plusieurs modes de prise en charge caractérisés par des exigences de communication, de coopération et de coordination médicale et paramédicale.

### **3.3. Les modalités de prise en charge**

Ces modalités de prise en charge sont bâties sur la base des besoins du patient à l'entrée. Les plus couramment dispensés en HAD sont :

- surveillance et gestion de traitement (antibiothérapie, antiviraux,...),
- surveillance post-chimiothérapie et des aplasies médullaires,
- assistance respiratoire si elle est associée à un autre mode de prise en charge (et/ou indice de Karnofsky<sup>1</sup>  $\leq 50$  %),
- évaluation médico-soignante de la douleur et ajustement thérapeutique,
- éducation du patient et de son entourage visant à rendre le patient le plus autonome possible,
- pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés,...) et soins spécifiques (stomie compliquée),
- prise en charge psychologique et/ou sociale du patient et de son entourage,
- surveillance d'une radiothérapie associée à un autre motif de prise en charge,
- rééducation neurologique et orthopédique si elle est associée à un autre mode de prise en charge,
- soins palliatifs (accompagnement d'une fin de vie ou d'une phase terminale),
- surveillance d'une transfusion sanguine si elle associée à un autre mode de prise en charge (et/ou Karnofsky  $\leq 50$  %).

1. Indice de Karnofsky : Patient nécessitant une aide suivie et des soins médicaux fréquents ( $\leq 50$  %) parfois sévèrement handicapé ( $\leq 30$  %) ou dont l'hospitalisation est indiquée pour un traitement de soutien actif ( $\leq 20$  %). Karnofsky  $\leq 10$  % : patient moribond (cf. annexe 2).

Les soins qui relèvent uniquement de soins à l'acte non coordonnés, de services de soins infirmiers à domicile, nécessitant une sectorisation psychiatrique ou une investigation thérapeutique lourde (réanimation,...) ne sont pas admis en HAD.

### **3.4. Pour un projet thérapeutique global**

L'HAD a pour objectifs d'améliorer le confort du patient tout en assurant la permanence et la continuité de soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique global : clinique et psychosocial.

Ce projet est élaboré conjointement par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante du service d'HAD et par le médecin prescripteur de l'HAD.

#### **3.4.1. Rôles du patient**

Le patient doit donner son consentement écrit aux soins à domicile avant toute prescription d'une prise en charge en HAD [16].

Le patient conserve également le libre choix de son médecin traitant.

Dans son étude publiée en 1994 [20], le CREDES<sup>2</sup> notait le très haut niveau de satisfaction par le patient (90 % de satisfaits et 91 % étaient prêts à renouveler l'expérience) ainsi que les avantages ressentis (88 %) : le retour à domicile (ou son maintien) qualifié de « mieux être chez soi » (97 %), la présence de l'entourage (78 %), une grande compétence du personnel soignant (76 %), une relation privilégiée avec leur médecin traitant (51 %), une liberté d'action que laisse l'HAD (49 %).

Les patients sont également perçus comme plus actifs et plus compliants dans leurs traitements ce qui facilite le travail de soin.

2. CREDES : Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation de la Santé

### **3.4.2. Rôles des aidants naturels**

Il ne faut pas oublier l'entourage socio-familial qui assure une présence affective devenant plus ou moins intense et même épuisante avec l'évolution de la maladie.

En effet, la maladie engendre certains phénomènes de stress qui affectent la dynamique familiale avec une ambiguïté des rôles et des règles. Aussi, un accompagnement professionnel est-il toujours nécessaire afin d'éviter le recours à l'hospitalisation traditionnelle. Une grille d'évaluation permet aux soignants de détecter les facteurs de risque de défaillance du rôle de l'aidant naturel et de proposer des stratégies adaptées selon un " plan de soins guide " (cf. annexe 4)[24].

Cependant, 94,5 % des interrogés en 1993 [20] trouvaient des avantages lors d'une HAD comme un gain de temps (82 %), des frais supplémentaires moindres (79 %) et un meilleur comportement du patient (63 %).

### **3.4.3. Rôles du médecin traitant**

Une HAD ne peut se réaliser sans son accord et depuis le décret du 02/10/1992, il peut la prescrire.

Le médecin généraliste est, par ailleurs, le pivot de la prise en charge à domicile et le responsable du suivi du malade. Il peut décider d'un retour en milieu hospitalier traditionnel si l'état de santé du patient le nécessite.

Les honoraires du praticien, rémunéré à l'acte, s'ajoute au prix de journée de l'HAD (VMD = 30 euros).

Le médecin traitant peut également, en accord avec le médecin conseil et le médecin coordonnateur, décider de demander une prolongation s'il y a lieu de l'HAD.

#### **3.4.4. Rôles du médecin hospitalier**

La participation des médecins hospitaliers dans la prise en charge des patients au domicile est hétérogène d'un service à un autre.

Le médecin hospitalier peut cependant avoir deux rôles distincts :

- un rôle de soins personnalisés aux malades dont il a la charge,
- un rôle d'expert pour certaines pathologies et leurs traitements complexes.

Dans ce cadre, le médecin hospitalier transmet au médecin coordonnateur du service d'HAD des informations médicales concernant le patient. Il élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe de l'HAD. Il s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le réhospitaliser si nécessaire. Il organise la mise en œuvre de procédures et de protocoles thérapeutiques.

Il participe également à la formation des médecins traitants et des personnels soignants.

#### **3.4.5. Rôles de l'équipe soignante et de l'assistante sociale**

Les soignants – aides soignantes en tandem avec les infirmières - doivent informer et former le patient et son entourage à la prise en charge à domicile, aux soins délivrés dans le respect des principales règles d'hygiène [47].

L'aide soignante est au centre du processus relationnel soignant-patient. Elle accomplit un véritable accompagnement psychologique et un rôle indispensable au confort du patient. Elle est également bien placée pour déceler la douleur chez un malade ou repérer un début d'escarre [4].

Les infirmières en HAD requièrent en outre des qualités essentielles du soin dispensé "hors les murs" : compétences techniques, polyvalence, expériences (cancérologie, réanimation,...), autonomie, sens de l'organisation mais également responsabilité, disponibilité, écoute, humanité [14].

Le cadre infirmier assure la liaison entre les différents intervenants, tient le cahier des prescriptions et des soins de chaque intervenant, passe dans le service ou au domicile du patient afin d'étudier le dossier de soins, d'identifier les soins effectués par l'équipe. Il (ou plus souvent elle) donne une information sur le fonctionnement de l'HAD auprès du patient et de sa famille. Il est le coordonnateur des soins au quotidien [46].

L'assistante sociale mène une enquête sociale afin de constater les capacités d'accueil au domicile et apporte son concours pour solutionner les problèmes individuels (conditions de vie, ressources,...). A domicile, la frontière entre le "sanitaire" et le "social" se révèle totalement artificielle ; elle est alors d'un précieux recours dans les situations difficiles car elle connaît bien les arcanes administratives et les démarches à tenter [4].

Un(e) psychologue, permettant l'accompagnement psychosocial et existentiel durant l'HAD du patient et de son entourage, est essentiel notamment dans les fins de vie. L'intervention fréquente des soignants peut être en effet vécue comme une atteinte à l'intimité des familles. La stabilité psychologique des aidants naturels pouvant être aussi source d'épuisement voire de maltraitance justifiant une réhospitalisation.

Un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une orthophoniste peuvent également intervenir dans la rééducation du patient.

Enfin, le dossier du patient doit faciliter la coopération des différents intervenants et permettre la continuité des soins dans le respect de la confidentialité des données.

### **3.4.6. Rôles du médecin coordinateur**

Il apparaît donc une exigence de coordination médicale et paramédicale dans ce mode de prise en charge que constitue l'hospitalisation à domicile. Cette coordination est réalisée par un(e) infirmier(e) coordinateur(trice) et un médecin coordinateur.

Le médecin coordinateur assure diverses fonctions :

- c'est le référent médical,
- il prononce l'admission ou la sortie du patient de la structure,
- il est le coordinateur du projet thérapeutique et articule les diverses interventions nécessaires à la prise en charge globale du patient,
- il a un rôle de formateur auprès des différents collaborateurs,
- il participe à l'évaluation de la qualité du service et à ses orientations stratégiques,
- il a un rôle dans la matériovigilance.

### **3.4.7. Rôles du pharmacien hospitalier**

En HAD, le pharmacien hospitalier joue un rôle exclusif. Il remplit une tâche de compétence scientifique et technique [28] :

- il permet l'application de protocoles thérapeutiques parfois lourds,
- il prépare les produits (poche de nutrition parentérale, chimiothérapie, antibiothérapie,...),
- il adapte les conditionnements pour les prescriptions individuelles,
- il a un rôle dans la pharmacovigilance.

Il doit également s'assurer qu'une communication parfaite s'établisse entre officinaux et hospitaliers pour éviter toute concurrence et laisser toute sa place à un partenariat, notamment dans la délivrance de matériel, entre le maintien à domicile et l'HAD.

### **3.4.8. Rôles de l'industrie pharmaceutique et des sociétés de services de soins à domicile**

Les sociétés de services de soins à domicile et l'industrie pharmaceutique s'adaptent à l'émergence de nouveaux besoins qui concernent le grand âge mais aussi de nombreux cas de pathologies chroniques lourdes.

De multiples techniques de pointe (infuseurs, pompe à morphine type PCA...) ont ainsi déjà vu le jour et ont permis le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle en favorisant les possibilités de maintien à domicile. Les regroupements observés au cours de ces dernières années devraient permettre à ces industriels de continuer à innover et à augmenter de manière satisfaisante la productivité de la recherche (télé-transmission, télé-observance, télé-assistance, e-médecine, net-care,...).

Par ailleurs, ces prestataires ont une responsabilité vis à vis de la maintenance du matériel, de leur asepsie après chaque utilisation et sont garants de leur efficacité [57]. Ils ont un rôle dans la matériovigilance.

Ils participent également à l'information et à la formation des soignants, des médecins, du patient et de son entourage.

L'arrivée de l'HAD dans le " marché " <sup>3</sup> des soins à domicile a pu être cependant perçue par les opérateurs traditionnels comme une concurrence sérieuse dans la délivrance de matériels. Pourtant, la communication avec ces puissants groupes d'intérêts est devenue indispensable afin de relever le double défi de la parfaite maîtrise des techniques de pointe à domicile et de l'amélioration du service médical rendu [61].

3. Le marché des soins à domicile est estimé en 1998 à 10 milliards de francs pour l'UE, 40 milliards de dollars pour les USA, 3,6 milliards de francs pour la France dont 47 % dans les soins respiratoires, 43 % dans l'équipement du domicile et 5 % en perfusion à domicile et 5 % dans les soins spécifiques [2].

*CHAPITRE II*  
*ETAT DES LIEUX*

## CHAPITRE II - ETAT DES LIEUX

### **1. DONNEES NATIONALES EN 2002**

En septembre 2002 avec 88 structures<sup>4</sup> pour 4 555 places autorisées (dont 2722 soit 60 % des effectifs proposés, par les structures privées), l'HAD occupe encore une place marginale dans le tissu sanitaire français malgré des effectifs en croissance (+ 16,5 % par rapport à 1999 surtout au bénéfice des structures privées). 48 départements sont dépourvus de structure HAD à ce jour et l'implantation de ces structures est essentiellement urbaine.

Les structures privées (37,5 % des structures en place) fonctionnent avec un tarif de prestations fixé par convention avec la CRAM ou avec un budget global selon l'option choisie. Les prix de journée se situaient en 1999<sup>5</sup> entre 395 et 1 245 Francs. Pour les structures publiques ou privées, participant en service public hospitalier (62,5 % des structures existantes), le financement est réalisé par une dotation globale. La majorité de ces structures fonctionnent sous la forme d'association loi 1901.

### **2. EN LORRAINE**

#### **2.1. Les structures existantes**

Il y a cinq structures :

- une à Bainville sur Madon, la plus ancienne mais destinée avant tout à la rééducation gériatrique,
- une à Gérardmer, l'autre à Bitche et une à Thionville proposée en post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique dès le 2<sup>ème</sup> jour d'accouchement par voie basse pour une durée de 5 jours consécutifs et dès le 3<sup>ème</sup> jour en post-césarienne pour 7 jours consécutifs,

4. source : Fédération Nationale des Etablissements d'HAD (FNEHAD) (cf. annexe 3)

5. source : Direction des Hôpitaux. L'HAD en France : bilan et propositions, Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.- 29 p

- une de l'agglomération messine siégeant à l'hôpital Sainte Blandine et prenant en charge des pathologies diverses en soins ponctuels (78 %) ou en continu (19 %) ou en phase de réadaptation à domicile (3 %).

Une structure HAD polyvalente devrait également voir le jour au CHU de NANCY en 2003.

L'HAD comme alternative à l'hospitalisation traditionnelle demeure donc anecdotique dans le tissu sanitaire lorrain en 2002.

## **2.2. Le SROS de 3<sup>ème</sup> génération**

Cependant, l'hospitalisation à domicile est bien intégrée dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) dit de troisième génération ; confirmant deux des huit orientations du SROS précédent.

Il réaffirme les priorités données à l'alternative à l'hospitalisation complète (chirurgie ambulatoire et HAD) ainsi que le développement de réseaux de soins articulant les pratiques hospitalières et libérales.

Il devrait supprimer le taux de change actuellement en vigueur (suppression de deux lits de médecine pour créer une place d'HAD) en le remplaçant par des engagements d'activités dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé et les ARH [12].

## **3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES**

### **HAD EN LORRAINE**

Deux structures seront décrites :

- le centre Jacques PARISOT à Bainville sur Madon
- l'hospitalisation à domicile de l'agglomération messine (HADAM)

### **3.1. Le centre Jacques PARISOT**

#### **3.1.1. Mode de fonctionnement**

Pour le centre Jacques PARISOT à Bainville sur Madon, l'hospitalisation à domicile se fait dans le cadre exclusif de la réadaptation fonctionnelle gériatrique faisant suite à une hospitalisation en service de suite et de réadaptation.

Elle assure la continuité des soins en réadaptation fonctionnelle avec pour objectifs :

- de réduire le temps d'hospitalisation dans l'établissement,
- de favoriser le retour à domicile,
- de poursuivre la réadaptation fonctionnelle,
- de prendre en charge le handicap dans l'environnement habituel et de donner des conseils d'habitat le cas échéant,
- d'éduquer le patient et son entourage,
- d'évaluer les besoins matériels et humains pour le maintien à domicile à l'arrêt de la prise en charge,
- d'assurer un travail en réseau avec les libéraux, les structures médico-sociales et sociales.

Il n'existe, par ailleurs, aucune substitution thérapeutique qui est réservée aux médecins traitants. Le service médical du centre Jacques PARISOT assure uniquement la coordination médicale des différents intervenants au domicile du patient.

### **3.1.2. Aire géographique d'activité**

La structure existe depuis 1972, couvrant la zone géographique de la communauté urbaine du Grand Nancy à laquelle s'ajoute Saint Nicolas de Port. Elle dispose d'une capacité de 9 places avec une augmentation à 14 places prévue pour 2003. Le financement est assuré par une dotation globale avec un tarif journalier couvrant l'ensemble des soins.

### **3.1.3. Les intervenants**

Les intervenants sont constitués :

- d'une équipe technique de rééducation :
  - un kinésithérapeute à temps plein
  - une ergothérapeute à temps plein
- d'une équipe soignante :
  - deux aides soignantes à temps plein
  - deux assistantes sociales à temps partiel
- s'y associent des libéraux :
  - médecins traitants
  - infirmières, orthophoniste si besoin.

Les rééducateurs interviennent 5 jours /7 dans un créneau horaire de 8 heures à 17 heures. Les aides soignantes interviennent 7 jours/7 à raison d'une à deux fois par jour, voire plus en raison des besoins des patients.

Une permanence téléphonique est assurée 24 heures/24 par le centre Jacques PARISOT ce qui permet ainsi la continuité des soins. Par ailleurs, à la fin de la prise en charge, le médecin traitant prescrit le matériel nécessaire en fonction de l'évaluation réalisée par l'équipe du centre. Enfin, pour des raisons de proximité des intervenants, l'HAD concerne en priorité les patients habitants Nancy, la grande couronne, ainsi que le bassin de Neuves Maisons avec ses communes environnantes dans un rayon de 10 kilomètres.

Un cahier de liaison est déposé au domicile du patient dans lequel tous les intervenants consignent leur suivi. L'ensemble de ses éléments détermine le projet thérapeutique qui est revu chaque semaine par l'équipe.

Par ailleurs, le médecin traitant en accord avec le médecin coordonnateur (Docteur TESSIER) ou le médecin responsable du patient peut décider d'une réhospitalisation au centre Jacques PARISOT ou d'un transfert en cours séjour si le maintien à domicile devient difficile.

### **3.2 L'hospitalisation à domicile de l'agglomération messine (HADAM)**

(cf. annexe 4 : règlement intérieur)

#### **3.2.1 Mode de fonctionnement**

L'HADAM fonctionne depuis 1999 et intervient sur l'aire géographique de Metz et Metz campagne (rayon de 20 kilomètres à partir de Metz cathédrale).

La structure fonctionne 24 heures/24 et la continuité des soins est assurée par un système d'astreinte au domicile à partir de 19 heures.

#### **3.2.2 Les intervenants**

L'équipe est composée d'un médecin coordinateur à mi-temps, d'un cadre infirmier à mi-temps, de 14 infirmières à temps plein, d'une assistante sociale à 1/4 de temps, d'une secrétaire à mi-temps, d'une psychologue, d'un interne ou résident.

Le médecin coordinateur est le référent médical de la structure (Dr HULLEN) :

- il prononce l'admission en HAD et en garantit les indications,
- il veille à la transmission de l'information médicale et est responsable de la tenue du dossier médical,
- il participe à l'évaluation hebdomadaire de l'équipe,
- il propose la sortie de la structure en veillant à l'organisation des relais de prise en charge.

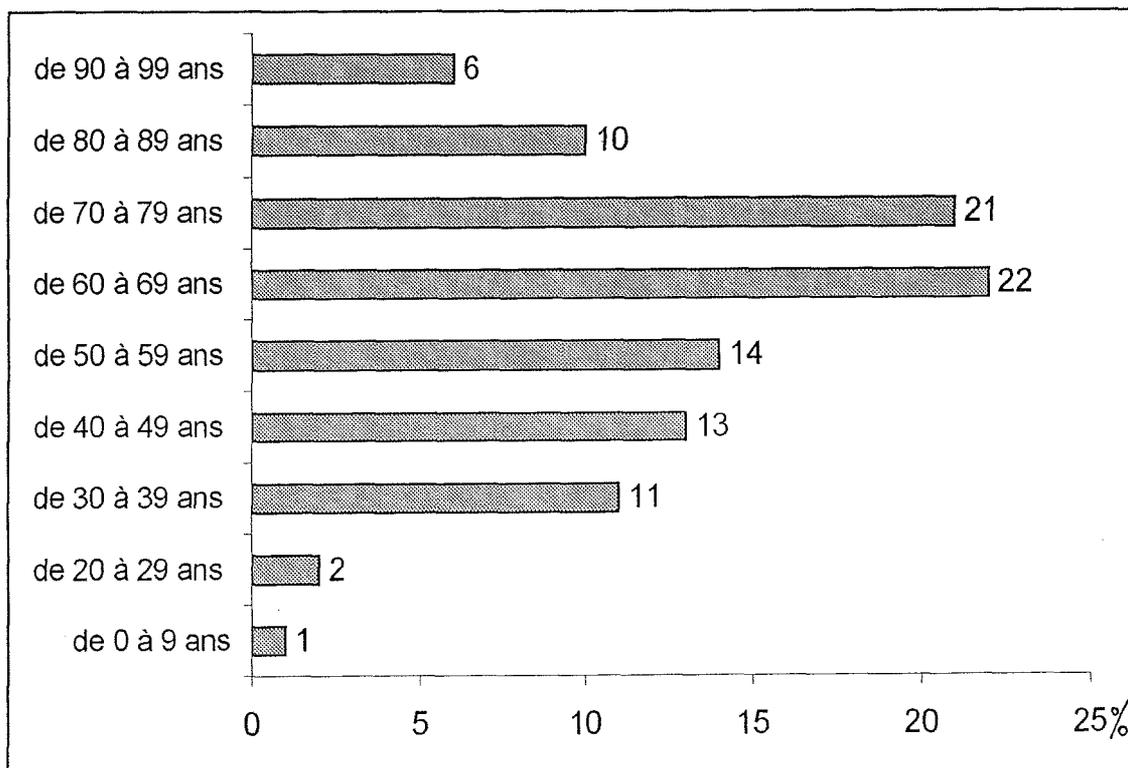
Ce médecin coordinateur sauf cas d'urgence absolue n'est pas prescripteur. La responsabilité des prescriptions thérapeutiques à domicile est laissée au médecin traitant qui assure la surveillance du patient à son domicile.

Le malade a le libre choix du médecin qui le prendra en charge à domicile sous réserve que ce dernier accepte les conditions de fonctionnement de la structure. Ce médecin doit obligatoirement être conventionné et facturer ses actes sur la base des tarifs en vigueur.

En 2001, 34 % des demandes en HAD ont été prescrites par le médecin traitant (20 % en 2000).

### **3.2.3. Tranche d'âge des patients en HAD**

L'analyse de l'activité du service HAD de l'agglomération messine a montré en 2001 que le nombre de patients hospitalisés était de 133 avec un âge moyen de 62,1 années et près de 60 % des effectifs avaient plus de 60 ans.



Pourcentage des patients de l'HADAM par tranche d'âge en 2001

### 3.2.4. Secteur géographique d'activité

Ces patients résidaient dans un rayon de 20 kilomètres à partir de "Metz cathédrale" avec une nette prédominance urbaine à proximité de la structure.



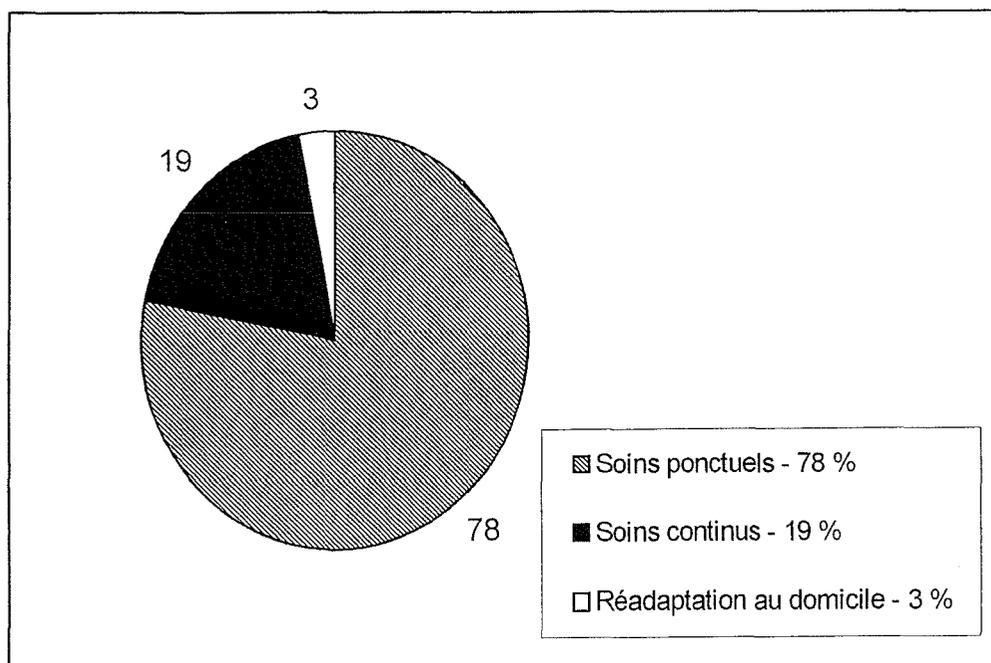
Origine géographique des patients de l' HADAM en 2001

### 3.2.5. Les types de soins

#### 3.2.5.1. Les objectifs de prise en charge

Les objectifs de prise en charge de la structure en 2001 ont retrouvé pour les soins ponctuels 78 % de l'activité, les soins continus 19 % et la réadaptation au domicile 3 %.

Objectifs de prise en charge	nb séjours 2001	%
2-Soins ponctuels	191	78,0
3-4-Soins continus	47	19,2
1-Réadaptation au domicile	7	2,9
Total	245	100,0



Les objectifs de prise en charge de l'HADAM en 2001

### **3.2.5.2. Des interventions plus ou moins complexes**

L'ensemble des actes représentait 26 474 interventions allant du plus complexe (ex : soins de trachéotomie, utilisation de sites implantables : port à cath, voie péridurale, voie centrale,...) au plus fréquent (ex : préparation de médicaments, prévention d'escarres, dépose de perfusion, soutien psychologique du patient, de la famille, évaluation de la douleur,...).

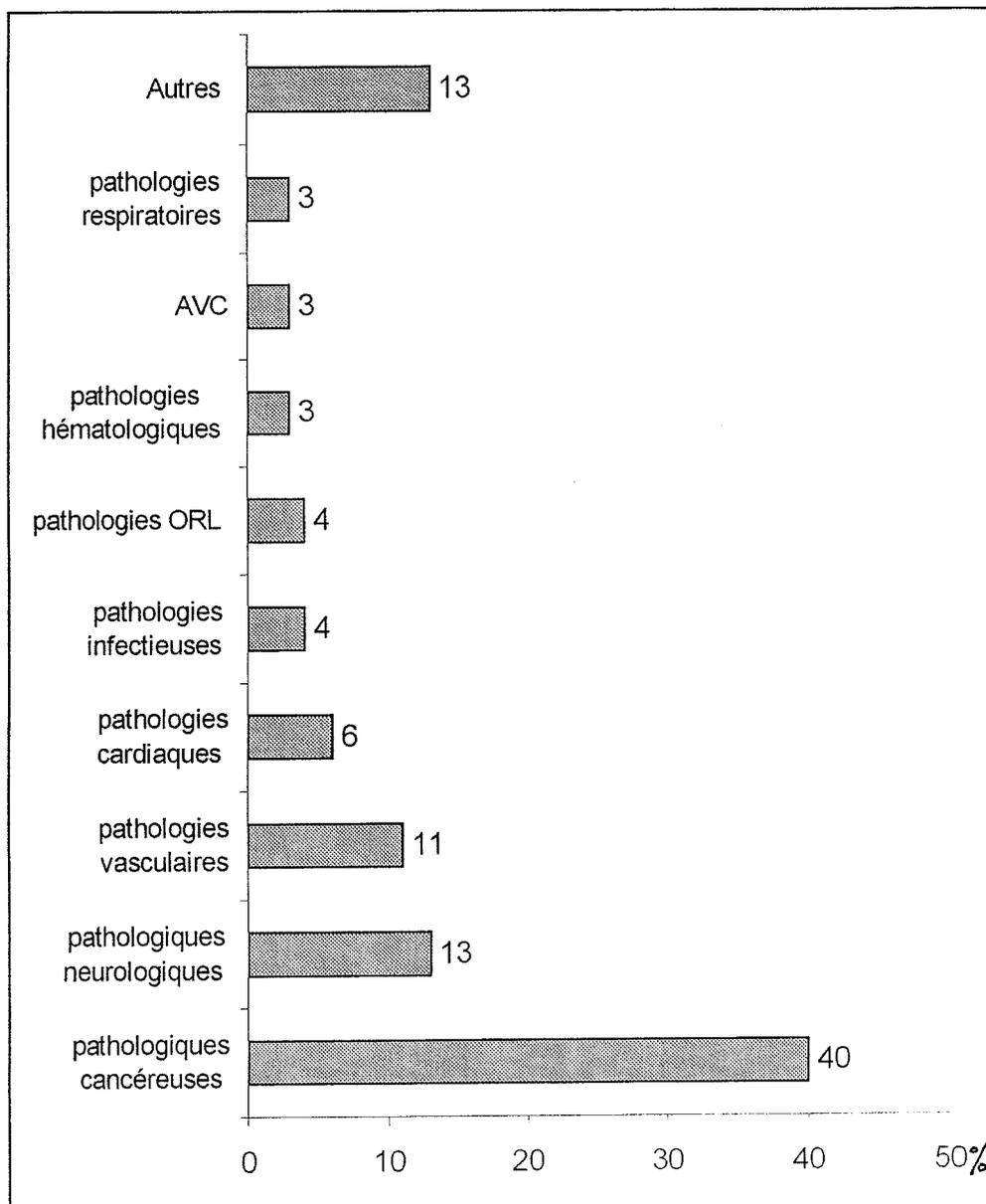
Mode de prise en charge	nb séjours 2000	%	nb séjours 2001
R2 TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX IV	69	40,8	150
R5 ASSISTANCE ET SOINS D'HYGIENE	100	59,2	123
M TRAITEMENT DOULEUR	58	34,3	84
L TYPE PALLIATIF	47	27,8	56
B REEDUCATION NEUROLOGIQUE	13	7,7	48
D2 PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET OU SOCIALE	10	5,9	41
D1 EDUCATION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE	9	5,3	39
R4 SURVEILLANCE DE STOMIES	23	13,6	39
C SYNDROMES DIVERS (POLYPATHOLOGIES)	28	16,6	28
N NUTRITION PRENTERALE	18	10,7	26
F2 PANSEMENTS POST CHIRURGICAUX	17	10,1	24
P ANTIBIOTIQUES	19	11,2	23
E SOINS D'ESCARRES	20	11,8	22
O NUTRITION ENTERALE	19	11,2	20
H SURVEILLANCE POST-CURE	3	1,8	19
R3 SURVEILLANCE DE SONDE URINAIRE	12	7,1	19
I IMMUNOTHERAPIE	9	5,3	18
F1 PANSEMENTS POUR PLAIE CHRONIQUE	30	17,8	15
S1 OXYGENOTHERAPIE - ASSISTANCE RESPIRATOIRE	16	9,5	13
S2 AEROSOLS	23	13,6	10
R6 Traitement par voie sous-cutanée	18	10,7	8
A REEDUCATION ORTHOPEDIQUE	13	7,7	5
G CHIMIOOTHERAPIE ANTI-CANCEREUSE	0	0,0	5
J SURVEILLANCE APLASIE	0	0,0	2
R1 PROTOCOLE ILOMEDINE	4	2,4	2
K RADIOTHERAPIE	1	0,6	0
Q ANTIVIRAUX	0	0,0	0
	169	100,0	245

### 3.2.5.3. Des pathologies très diverses

Les types de pathologies pris en charge furent principalement la cancérologie, les soins palliatifs (accompagnement des fins de vie,...), les traitements par voie parentérale (antalgiques, nutrition, chimiothérapie, antibiothérapie,...), les suites d'interventions ORL lourdes (trachéotomie,...), les maladies cardio-vasculaires (suites d'intervention vasculaire, artérite, cardiopathie, décompensation cardiaque,...), la diabétologie, les maladies neurologiques (sclérose en plaques, AVC,...), les maladies infectieuses (SIDA,...), l'hématologie, les maladies respiratoires, la néphrologie (dialyse,...).

	Pathologies	nb séjours	%
26	Pathologie neurologique	57	23,2
24	Pathologie hématologique	35	14,2
33	Cancer généralisé	32	13,0
02	Pathologie vasculaire	25	10,2
17	Tumeurs du système respiratoire	17	6,9
29	Pathologie orthopédique	16	6,5
01	Pathologie cardiaque	15	6,1
04	Diabète	15	6,1
12	Tumeurs des glandes endocrines	14	5,7
34	Tumeurs cérébrales	13	5,3
11	Tumeurs digestives	12	4,9
16	Tumeurs ORL	11	4,5
30	Pathologie respiratoire	11	4,5
18	Tumeurs du système urinaire	10	4,1
31	Pathologie urinaire	9	3,7
13	Tumeurs du système nerveux	6	2,4
19	Tumeurs du sein	6	2,4
03	AVC	5	2,0
28	Pathologie ORL	5	2,0
32	Pathologie infectieuse	5	2,0
06	Gérontologie	4	1,6
07	Insuffisance respiratoire	4	1,6
23	Pathologie du foie, de la vésicule ou du pancréas	4	1,6
22	Pathologie digestive basse	3	1,2
08	Insuffisance rénale	2	0,8
20	Pathologie dermatologique	2	0,8
21	Pathologie digestive haute	2	0,8
05	Démences	1	0,4
10	Tumeurs cutanées	1	0,4
14	Hémopathie maligne	1	0,4
25	Pathologie hormonale	1	0,4
35	Pathologie psychiatrique	1	0,4
36	Douleurs	1	0,4

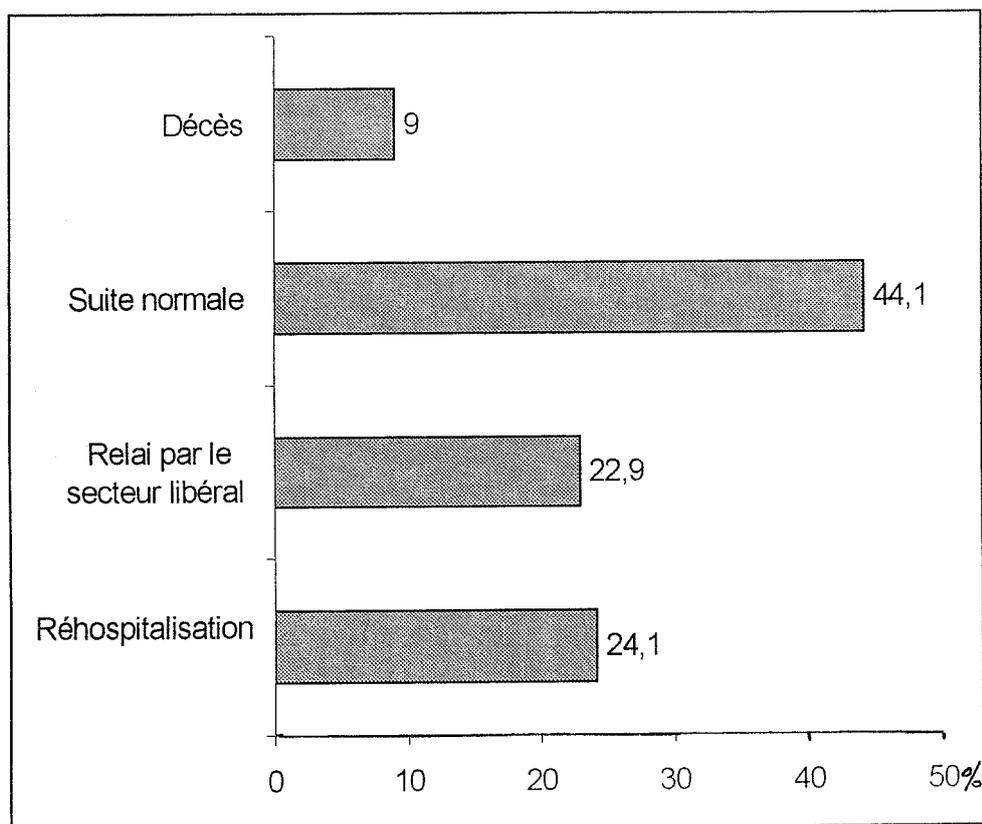
Par pathologie, le pourcentage de patients a retrouvé pour 2001 : 40 % de pathologies cancéreuses, 16 % de pathologies neurologiques en incluant les AVC, 17 % de pathologies cardio-vasculaires, 4 % de pathologies infectieuses, 4 % de pathologies neurologiques, 3 % de pathologies respiratoires, 3 % de pathologies hématoLOGIQUES et 13 % de pathologies autres (diabète, orthopédie, dermatologie,...).



Proportion de patients par pathologies pour l' HADAM en 2001

### **3.2.6. Les modes de sortie de l'HADAM**

Les modes de sortie de l'hospitalisation à domicile en 2001 ont retrouvé une suite normale sans soins particuliers à domicile 44,1 %, une réhospitalisation dans 24,1 %, un relai par le secteur libéral en soins infirmiers dans 22,9 % et 9 % des séjours se sont terminés par un décès.



Les modes de sortie de l'HADAM en 2001

*CHAPITRE III*  
*PROBLEMATIQUE DU SYSTEME DE SANTE*

## CHAPITRE III - LA PROBLEMATIQUE DU SYSTEME DE SANTE

### 1. L'EVOLUTION DES BESOINS DE LA POPULATION

#### 1.1. Le vieillissement de la population

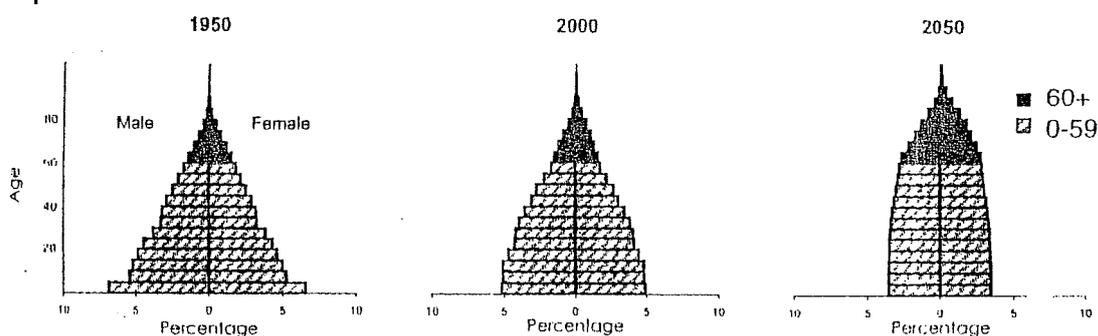
La révolution démographique qui a débuté il y a deux cents ans et qui se poursuit actuellement de manière silencieuse, est en passe de transformer le visage du monde et en particulier de la France.

L'évolution en pourcentage des 60 ans et plus par rapport à la population totale donne :

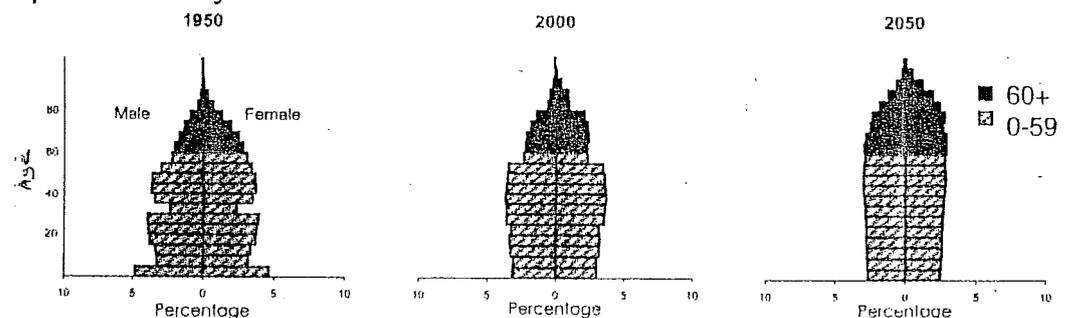
- dans le monde : 8,2 % en 1950 ; 10 % en 2000; 21,1 % en 2050
- en France : 16,2 % en 1950 ; 20,5 % en 2000 ; 32,7 % en 2050

Les pyramides des âges des populations est représentative de ce vieillissement mondial :

#### Population mondiale



#### Population française



Source : ONU, Division de la Population, Assemblée Mondiale sur le Vieillissement

( 2 : 2002 : Madrid, Espagne)

En 1789<sup>6</sup>, on comptait cinq jeunes de moins de 20 ans pour un individu de plus de 65 ans. Aujourd'hui on compte moins de deux jeunes pour un retraité. Plus récemment, on a pu observer qu'entre 1965 et 1996, les moins de 20 ans sont passés de 34 % à 26 % et les plus de 65 ans de 12 % à 15 %. Ainsi, durant cette période, les jeunes ont vu leur proportion baisser de 10 points alors que les 65 ans et plus ont augmenté leur proportion de 3 points.

La classe d'âge des 65 ans et plus rattrape la classe d'âge des moins de 20 ans en terme de proportion.

Par conséquent, la transition démographique, qui a débuté dans les années soixante, entre une période où la population jeune est majoritaire et la future période où les personnes âgées sont plus nombreuses est en train de se produire actuellement.

La pyramide des âges en France illustre cet effet "ciseau" de deux types de vieillissement démographique, le vieillissement par la base : baisse de la part des jeunes et le vieillissement par le sommet : augmentation du nombre de personnes âgées.

Par ailleurs, l'espérance de vie ne cesse de croître – en moyenne un gain de trois mois tous les ans - avec en 2000/2005 et en 2045/2050<sup>7</sup> :

- à la naissance : 82,8 ans pour les femmes et 75,2 ans pour les hommes en 2000/2005 ; en 2045/2050 : 87,3 ans pour les femmes et 80,6 ans pour les hommes,
- à 65 ans : 21,2 ans pour les femmes et 16,3 ans pour les hommes en 2000/2005 ; en 2045/2050 : 24,4 ans pour les femmes et 19,4 ans pour les hommes,
- à 80 ans : 9,8 ans pour les femmes et 7,2 ans pour les hommes en 2000/2005 ; en 2045/2050 : 12,4 ans pour les femmes et 9,1 ans pour les hommes.

6. source : I.N.S.E.E.

7. source : L'Année Gérontologique - lettre mensuelle - juin/juillet 2002 ; 126 : 2.

## **1.2. Les dépenses liées au vieillissement**

Les dépenses de santé s'accroissent inévitablement avec l'âge tout particulièrement durant les deux années qui précèdent le décès. Ces deux années représentent dans certains pays de l'OCDE<sup>8</sup> la moitié de l'ensemble des dépenses de santé [50].

La progression des dépenses en liaison avec le vieillissement est particulièrement forte pour les services de soins assurés en établissement avec un taux d'utilisation des services plus élevé. Le critère de l'âge est un critère déterminant en ce qui concerne la fréquentation hospitalière [58].

Par ailleurs, un patient dont l'âge se situe entre 65 et 80 ans consomme en moyenne par jour plus de 4 soins infirmiers et 1 soin de kinésithérapie ainsi que 6,3 lignes de traitements [55]. Enfin, un patient âgé de 70 ans présente en moyenne six pathologies différentes.

Ainsi, la France consacre déjà près de 9,5 % de son PIB en dépenses de santé. Ces chiffres place notre nation au 4<sup>ème</sup> rang des pays de l'OCDE derrière les USA (13,9 %), l'Allemagne (10,7 %) et la Suisse (10 %) soit 871 milliards de francs (=14 300 Francs/habitant). Cette dépense de traitement par habitant risque même d'augmenter plus rapidement que le PIB, faisant peser des pressions considérables sur les mécanismes de financement des services sanitaires et sociaux [58].

Le système de santé dans son organisation et dans son fonctionnement est au centre de cette préoccupation d'ordre démographique. Le système de soins actuel apparaît inadapté à la dépendance croissante (déficit en lits de soins de suite et en long séjour de 300 000 places manquantes pour 2025).

8. OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique regroupant 30 pays : UE, Pologne, Hongrie, République Tchèque, Slovaquie, Suisse, Islande, Norvège, USA, Canada, Australie, Corée, Japon, Turquie, Mexique, Nouvelle Zélande.

On peut donc déjà suggérer que l'hospitalisation à domicile, même si elle n'a pas pour mission de résoudre les problèmes de dépendance, peut cependant avoir son rôle à jouer dans un but de prévention [20] par la préparation des sorties coordonnées et la mise en place de maintien à domicile. De plus, ce mode de prise en charge permet d'éviter " le drame de l'hospitalisation " et une désocialisation souvent occasionnée par l'hospitalisation complète [55].

## **2. LE COUT DE L'HOSPITALISATION**

L'hôpital occupe une place prépondérante dans l'organisation générale du système de santé (40,9 % des dépenses de santé en 1991).

Il concourt, par ailleurs, à plusieurs fonctions à la fois sanitaires (diagnostic, thérapeutique, surveillance,...) et sociales (accueil des personnes âgées isolées,...) ainsi que pédagogiques (recherche clinique, enseignement médical,...).

Pour remplir ces missions, le secteur hospitalier emploie à lui seul 600 000 personnes dont plus de 50 000 médecins pour gérer plus de 760 000 lits soit près d'un lit pour 1 000 habitants. La répartition des lits se faisant à 65 % dans le public et 35 % dans le privé (15 % à but non lucratif). L'analyse quantitative retrouve pour le public 410 000 lits en courts séjours, 20 000 en longs et moyens séjours, 70 000 en établissements psychiatriques. Au niveau du privé, on dénombre 110 000 lits en courts séjours, 50 000 en longs et moyens séjours, 33 000 en établissements psychiatriques et 60 000 en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Bien que l'on note des difficultés d'accès à l'hospitalisation, le nombre de lits est considéré aujourd'hui comme excédentaire d'environ 60 000 lits. Les efforts de mise à niveau du nombre de lits et de leurs réductions pour des raisons budgétaires prend dès lors une dimension historique [15].

Il est, en effet, certain que les motifs d'hospitalisation tiendront dans un proche avenir, certes, toujours compte des indications médicales mais également de plus en plus de critères socio-familiaux du patient (présence d'aidants naturels, aménagement du domicile,...) [18].

La durée moyenne du séjour hospitalier est ainsi passée de 12 jours en 1976 à 7 jours en 1991, voire 4 jours en 2002. Les hôpitaux tendent donc à devenir davantage plateau technique qu'hôtellerie [40].

Pour donner un ordre de grandeur, on peut citer les tarifs de remboursement forfaitaire par la Sécurité Sociale des journées d'hospitalisation en 1993 [6] :

■ médecine :	2 482 francs
■ médecine spécialisée :	2 559 francs
■ chirurgie :	4 031 francs
■ dialyse :	5 012 francs
■ chimiothérapie :	2 983 francs
■ hôpital de jour 1 <sup>ère</sup> catégorie :	6 012 francs
■ hôpital de jour 2 <sup>ème</sup> catégorie :	3 336 francs
■ spécialité coûteuse :	7 991 francs
■ spécialité très coûteuse :	9 227 francs

En 1999, le coût moyen d'une journée en HAD s'élevait à 820 Francs<sup>9</sup> (535 F en 1991) allant de 395 F à 1245 F.

Pourtant dans le même temps, l'HAD occupe une place encore marginale dans les dépenses de santé avec 666 milliards de francs en 1991 soit 0,25 % des dépenses hospitalières. Ce chiffre correspond à 11,60 francs par habitant contre plus de 4 500 francs par habitant en hospitalisation traditionnelle [20]. A ce coût direct des soins moins élevés en HAD, il faudrait cependant rajouter dans la comparaison les charges transférées sur le patient et son entourage (coûts indirects) [10]. Par ailleurs, le rythme de croissance des dépenses en HAD est soutenu (deux fois plus élevé que le taux des dépenses hospitalières).

9. source : FNEHAD

La détermination d'un coût global de prise en charge d'un patient "tout compris" paraît donc difficile à obtenir d'autant qu'à la diversité du panier de soins des structures HAD s'ajoute la diversité des modes de tarification [21].

Une étude du CREDES, se référant aux lits de substitution correspondant à l'état de santé du jour donné d'un séjour en HAD pour un patient, montre une économie importante allant de 3 millions à 415 millions de francs pour les moyens séjours lorsque le mode de substitution est le court séjour, l'hôpital de jour ou de semaine et les soins palliatifs. Pour les longs séjours et les maisons de retraite, l'HAD n'est plus une économie mais devient une dépense [54].

L'HAD est indiscutablement une alternative économique à l'hospitalisation de courte et moyenne durée.

### **3. L'OFFRE DE SOINS**

Au 31 décembre 1995, on dénombrait 185 000 médecins dont 71 144 hospitaliers et 113 560 qui exerçaient en secteur ambulatoire. On comptait pour ce secteur ambulatoire 60 810 généralistes et 52 750 spécialistes [32].

Jusqu'en 2010, il y aura encore pléthore de médecins mais ces chiffres ne doivent pas occulter les disparités géographiques et les graves difficultés de recrutement déjà existantes dans certaines spécialités.<sup>10</sup>

A l'horizon 2008, les français ne seront toujours pas égaux devant l'offre de soins. Les régions à faible densité de médecins en 1998 comme le Centre, la Picardie, la Haute Normandie, le Pays de la Loire en compteront encore moins en 2008 [32].

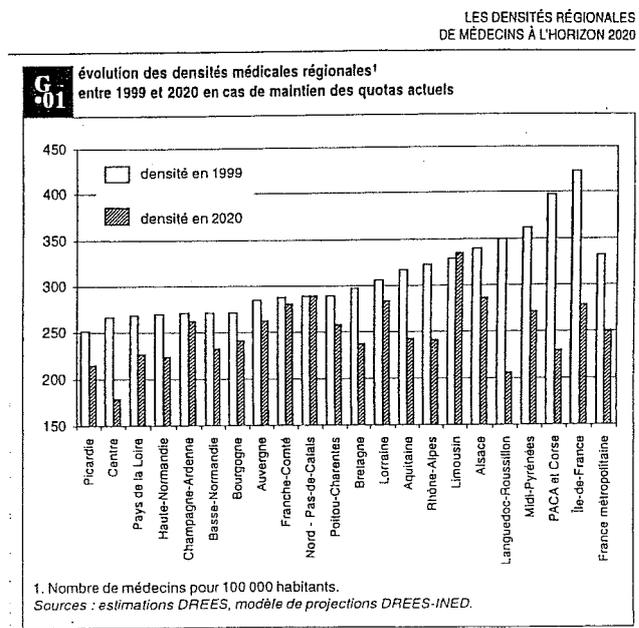
10. source : Rapport Professeur Guy NICOLAS de janvier 1998 concernant les insuffisances d'effectifs dans 4 disciplines : anesthésie, obstétrique, radiologie et psychiatrie.

En 1999, la densité médicale atteint 331 médecins pour 100 000 habitants. Avec l'hypothèse du maintien du numerus clausus au même niveau et des comportements de retrait actuel d'activité, la densité médicale passerait à 250 médecins pour 100 000 habitants en 2020 [32].

Le nombre de médecins est amené à décroître à partir de 2007/2008. Le nombre actuel de diplômés annuel représente en effet à peine la moitié des promotions diplômées de 1980. Les effectifs nationaux auront baissé en 2020 de 19 % par rapport aux effectifs de 2010 [32].

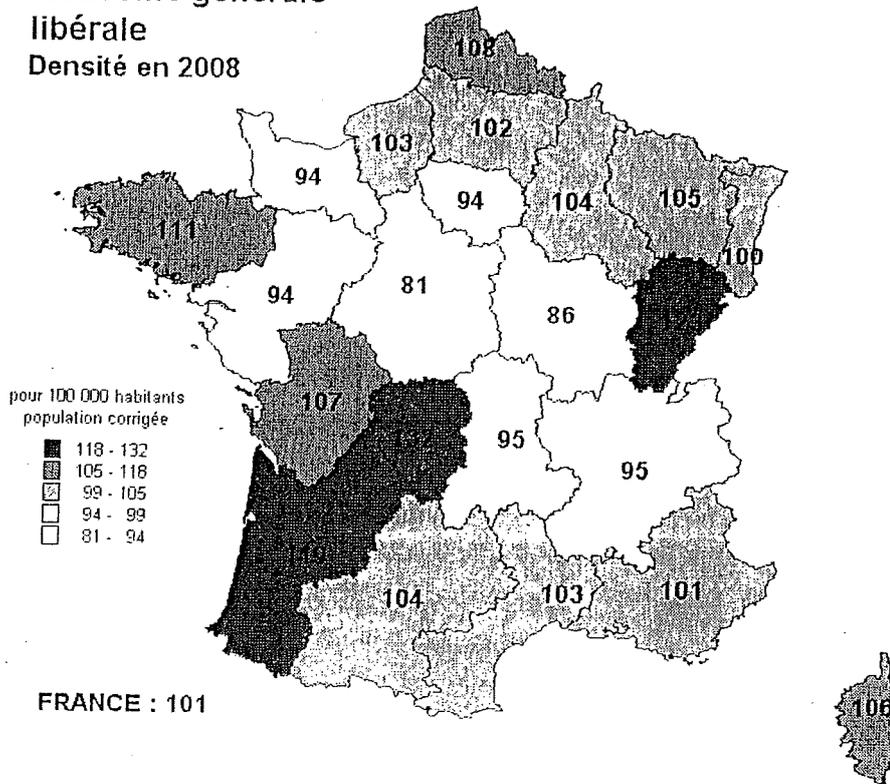
Par ailleurs, les régions où la moyenne d'âge est élevée (Ile de France, PACA) enregistreront des sorties d'activité plus importantes que celle ayant un corps médical plus jeune (Nord pas de Calais, Franche Comté). Actuellement 29 % des médecins ont 50 ans ou plus. En 2020, cette proportion atteindra 55 % [49].

En Lorraine, les effectifs chuteraient moins qu'ailleurs et on garderait une densité médicale proche de sa densité actuelle (105 ‰) du fait d'une réussite moins importante qu'ailleurs des étudiants au concours de l'internat et s'installant donc en plus grand nombre comme généraliste dans leur région de formation. Ceci augmentant en définitive le nombre total de médecins en exercice dans la région [49].



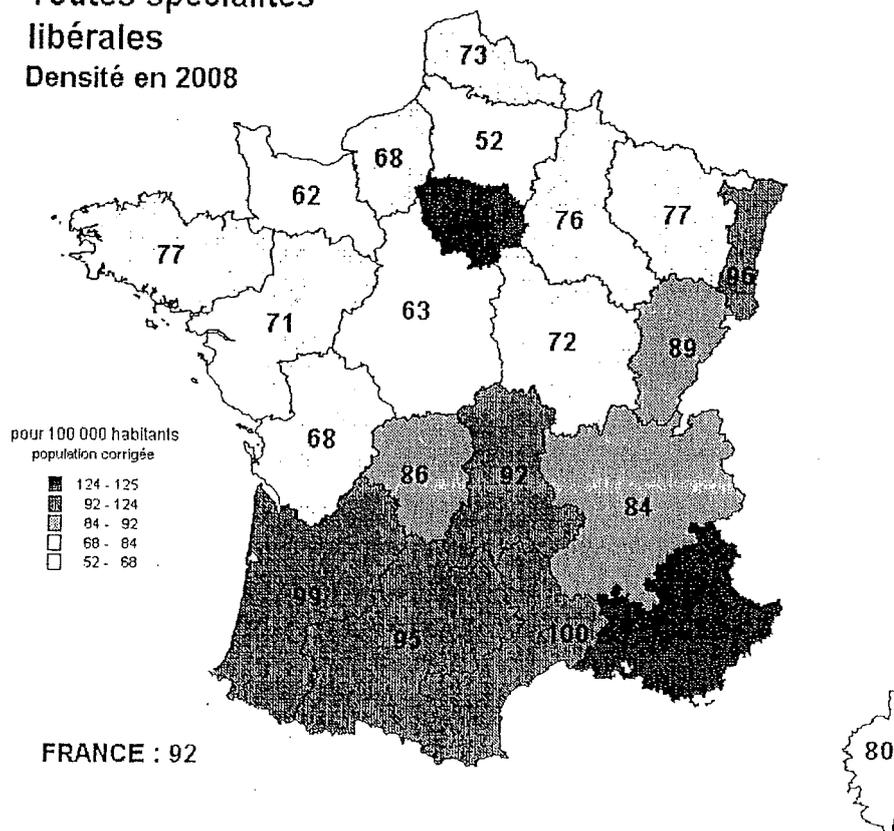
Source : DRESS - Etudes et Résultats – n°57, Mars 2000

**Médecine générale  
libérale**  
Densité en 2008



Source : Cahier de Sociologie et de Démographie Médicale  
- XLIème année – n° 2, Avril-Juin 2001

**Toutes spécialités  
libérales**  
Densité en 2008



#### **4. LES PROGRES TECHNOLOGIQUES**

Les progrès médicaux et technologiques permettent de soigner plus précocement et plus rapidement un certain nombre de malades et ce dans un confort et une sécurité de soins satisfaisants [42].

L'amélioration de l'hygiène et de l'habitat autorise également le retour à domicile du patient dans des conditions de sécurité sanitaire et sociale correcte ; même si, les pratiques d'hygiènes hospitalières en milieu ambulatoire doivent tenir compte des spécificités du domicile (lavage des mains, maîtrise des risques de contaminations, difficultés d'évacuer des déchets d'activité de soins dans des conditions de sécurité optimale,...) [47].

Ce retour à domicile précoce prolonge également les efforts réalisés dans la lutte contre les infections nosocomiales. On enregistre, en effet, trois fois moins d'infections nosocomiales en HAD qu'à l'hôpital [30].

#### **5. LA CONJONCTURE EPIDEMIOLOGIQUE**

La nouvelle donne épidémiologique impose également une réflexion sur le fonctionnement du système de santé confronté à une explosion de l'incidence des pathologies aiguës (ex : SIDA, hépatite C, cancer,...) et par le prolongement de maladies chroniques sur plusieurs décennies (ex : diabète, HTA, dépendance,...).

Il en résulte de cette problématique du système de santé, que les soins doivent être continus et la mobilisation conçue comme permanente et multipartenariale d'autant que l'accentuation de la technicité médicale amène à une segmentation des actes et des spécialités d'une part et qu'un impératif de maîtrise des dépenses de santé devient urgent d'autre part [58].

*CHAPITRE IV*  
*LES AUTRES ALTERNATIVES*  
*A L'HOSPITALISATION*

## **CHAPITRE IV - LES AUTRES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION**

Le vieillissement de la population, la nouvelle donne épidémiologique, l'engorgement du système hospitalier, l'évolution de l'offre de soins avec la diminution de la démographie médicale, parfois même préoccupante en zone rurale, ainsi que les progrès médico-sociaux ordonnent d'envisager de nouvelles alternatives à l'hospitalisation traditionnelle vécue comme coûteuse et parfois même injustifiée.

Evoquons rapidement ces alternatives à l'hospitalisation traditionnelle autres que l'hospitalisation à domicile. Il s'agit en fait d'une véritable mutation du système, redistribuant les priorités, changeant les mentalités, modifiant les règles de comportements, voire de financement et de tarification [27].

Bien que ces alternatives désignent toutes des structures nouvelles de soins permettant d'écourter ou d'éviter une hospitalisation, il n'y a pas de définition juridique précise de l'alternative à l'hospitalisation d'où des formes très diverses de son développement [59 ; 53].

On peut schématiquement les répartir entre des formules internes à l'hôpital et des solutions "extra-muros" dont l'HAD fait partie [6].

### **1. LES ALTERNATIVES INTERNES**

Elles comprennent les structures de diagnostic et de soins où une hospitalisation à temps partiel est réalisée.

Il s'agit entre autres de :

### **1.1. L'activité hospitalière ambulatoire**

Le décret 92-144 du 31 mai 1999 officialise la création de places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire (CA). Ce dispositif réglementaire améliore la répartition des lits en chirurgie ambulatoire en application de l'article D712-13 du Code de Santé Publique.

La France reste cependant encore en retard par rapport à ses partenaires européens (35 % de chirurgie ambulatoire pour 18 interventions françaises, 18 % des anesthésies pour CA).

### **1.2. L'hospitalisation de jour ; de nuit ; de semaine ; de week-end**

Ces hospitalisations sont particulièrement utilisées pour des bilans ou des traitements répétitifs (ex : chimiothérapie).

L'hospitalisation de jour à une vocation générale de prise en charge de malades ambulatoires qui n'occupent un lit que quelques heures.

L'hospitalisation de nuit ou de fin de semaine permet aux patients d'avoir une vie socioprofessionnelle normale.

L'hospitalisation de semaine permet de programmer des bilans plus complexes ou des traitements plus lourds que précédemment.

En gériatrie, ces structures d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire permettent d'éviter le " drame " de l'hospitalisation ou d'en réduire sa durée. Elles sont à la fois lieux d'hébergement social, centres d'activités thérapeutiques et lieux de participation des familles.

L'hôpital de jour gériatrique connaît un certain succès notamment dans l'instauration et la surveillance de traitements lourds (chimiothérapie, antiparkinsoniens,...), dans la rééducation (AVC, fracture,...), dans le bilan des fonctions supérieures ou d'incontinences sphinctériennes.

La formule de long séjour temporaire permettrait également de soulager les familles mais est limitée par les conditions de financement.

### **1.3. Les consultations externes**

Elles regroupent en une seule consultation les bilans prescrits et évitent ainsi une hospitalisation complète du patient. Elles permettent d'élaborer un diagnostic ou de préparer un programme d'intervention, un bilan ou des thérapeutiques. Ces consultations sont ouvertes aux patients de ville et aux hospitalisés. Elles offrent ainsi une assistance technique aux praticiens de ville et un moyen de préparer une hospitalisation future.

Les consultations gérontologiques (mémoires,...) sont aussi un lieu important pour les relations avec les médecins traitants.

## **2. LES ALTERNATIVES EXTERNES A L'HOSPITALISATION TRADITIONNELLE**

Ce sont des formules développées au domicile du malade dans le cadre de soins à domicile notamment, à l'égard des personnes âgées en vue de prévenir l'installation d'une dégradation progressive mais également dans celui de traitements spécialisés pour la prise en charge d'un certain nombre d'insuffisance organique (insuffisants rénaux sous dialyse, insuffisants respiratoires sous assistance respiratoire, diabétique sous insuline).

Ces traitements à domicile permettent le maintien de la vie sociale en évitant la rupture de l'hospitalisation traditionnelle. Ils sont donc très avantageux pour les personnes âgées.

Il convient de noter deux dispositifs de maintien à domicile en gériatrie :

- les services de soins à domicile
- l'aide à domicile (anc. aide ménagère)

### **2.1. Les services de soins à domicile**

En 1998, on dénombrait 56 650 places de soins à domicile [11].

Ils assurent des soins courants généralement plus légers que ceux d'une hospitalisation à domicile et relèvent de deux types d'intervenants :

- les libéraux (médecins traitants, IDE, kiné,...) qui interviennent selon une tarification à l'acte. La prise en charge du patient est réalisée selon le régime d'affiliation (ou à 100 % si le patient est en ALD) sans demande d'entente préalable,
- les salariés des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD, association loi 1901) mis en place depuis 1981 par le décret du 08/05/1981 et la circulaire du 01/10/1981. Ils fonctionnent sous la coordination d'une infirmière selon une tarification forfaitaire journalière. La prise en charge est réalisée automatiquement à 100 % par la Sécurité Sociale.

Il faut également souligner l'importance des aidants naturels pour maintenir une relation affective et assurer un vécu équilibré du quotidien dans le respect du travail de chaque intervenant et de la liberté de choix de chaque sujet âgé.

Le médecin traitant étant, par ailleurs, le prescripteur et le chef d'orchestre du projet de soins coordonnés à domicile. En effet, même si l'activité du médecin a tendance à se recentrer sur son cabinet, le suivi à domicile demeure une fonction naturelle de la médecine générale [18].

Coordonnateur désigné dans le suivi à domicile, le médecin de famille a parfois vécu l'HAD, surtout avant le décret du 02/10/1992 lui en autorisant la prescription, comme une ingérence dans sa relation privilégiée avec le patient voire même un cheval de Troie d'une " tutelle administrative " [36] remettant en cause son statut de référent en soins primaires.

## **2.2. L'aide à domicile** (anc. aide ménagère)

Elle permet de retarder des hospitalisations ou des placements en unité de soins de longue durée pour des raisons sociales. Elle est « *une personne qui exerce une profession à vocation sociale* »<sup>11</sup>.

Elle apporte une présence humaine irremplaçable et une aide à tous les actes de la vie courante (commissions, ménage, préparation aux repas,...) sauf théoriquement pour la prise de médicaments.

Il faut donc lui préférer le nom d'aide à domicile ou d'auxiliaire de vie moins réducteur que son ancienne appellation d'aide ménagère.

## **2.3. Le maintien à domicile**

Ces deux dispositifs principaux de soins à domicile et d'auxiliaire de vie concourent à une démarche de maintien à domicile dans le respect de l'autonomie de la personne âgée intégrée dans son espace de vie habituel.

11. Circulaire Francheschi du 15/12/1981.

Le rapport LAROQUE, publié en 1962, donnait déjà priorité au maintien à domicile afin " d'éviter toutes ruptures brutales dans les conditions de vie " [38].

Le plan d'action prioritaire (PAP) n°15 de 1976 reprenait cette idée de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel, de permettre un rapide retour à domicile après une hospitalisation, de préserver la vie sociale de la personne âgée et de lui faciliter la participation à la gestion des établissements qui les concernent.

Dans cette optique, des équipes d'évaluation sociale (ergothérapeute, assistante sociale,...) ainsi que des organismes chargés de sécuriser l'habitat comme les missions relais de la CRAM, la PACT (Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'habitat), l'ANAH (Agence Nationale de l'Amélioration de l'Habitat) proposent une aide aux personnes âgées pour l'aménagement du lieu de vie (télé-alarme, domotique,...) ainsi qu'une aide aux démarches auprès des caisses de retraite afin de réunir les financements nécessaires [17].

Pour qu'il puisse y avoir maintien à domicile, il faut donc à la fois un minimum de domicile adapté et un minimum de ressources nécessaires.

Faut-il rappeler qu'en France, il y aurait, en 2002, 86 000 sans domicile fixe et près de 3 millions de personnes vivants sous le seuil de la pauvreté<sup>12</sup>? De faibles revenus contribuant dès lors à la dégradation des conditions de vie et de l'habitat. Une angoisse liée au manque d'argent pouvant également avoir des répercussions sur l'état de santé physique et psychique des personnes.

Enfin, il faut souligner l'incontournable présence d'une aide humaine auprès des personnes âgées souvent réalisée par l'entourage familial, parfois le voisinage et qui maintient une surveillance et un lien affectif de réassurance et d'apaisement au quotidien.

12. source : chiffres pour 2002 donnés par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion, la Fondation abbé Pierre, Médecins du Monde.

### **3. LES FILIERES DE SOINS ET LES RESEAUX VILLE-HOPITAL**

*« Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté »<sup>13</sup> [6].*

Ils participent en vertu de l'article L162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale à une prise en charge tant en amont de la maladie (prévention, information,...) qu'en aval par la prescription de soins chroniques, pluridisciplinaires et nécessairement coordonnés.

Cette concertation pluri-disciplinaire tente à homogénéiser les pratiques par l'intermédiaire de référentiels diagnostiques et thérapeutiques ainsi qu'à coordonner l'ensemble des soins à toutes les phases de la maladie.

C'est donc la mise en commun d'objectifs et de moyens entre des professionnels : de tels réseaux sont constitutifs de filières de fait et sont vécus parfois par les médecins généralistes comme des concurrents déloyaux vis à vis de la patientèle en reconstituant une consultation de jour "hors les murs" [9]. De plus, faire travailler ensemble différentes professions de santé de statuts et de niveaux de qualification diverses qui ne peuvent guère s'appuyer sur une " culture commune " reste une gageure [7].

Il en existe de nombreux : ONCOLOR, soins palliatifs, SIDA, hépatite C, insuffisants respiratoires, toxicomanie, RESICARD, LORDIAB, ...

Enfin, il faut déplorer qu'ils soient souvent centrés sur une pathologie spécifique et non pas sur une vision globale du patient, de son histoire et de son vécu de la maladie au quotidien.

13. Définition de la Coordination Nationale des Réseaux.

## **4. PARTICULARITES DES ALTERNATIVES A**

### **L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE**

La psychiatrie possède une expérience déjà ancienne de différents dispositifs évitant une hospitalisation à temps complet. En effet, dès 1950, se créent des hôpitaux de jour psychiatriques.

A ce jour, l'hospitalisation à temps complet ne concerne plus que 30 % des adultes et 2,7 % des enfants. Les difficultés psycho-pathologiques sont prises en charge en soins ambulatoires pour 62 % des adultes et 88 % des enfants ; les soins et accueils à temps partiels représentant 11 % des adultes et 9 % des enfants et adolescents.

Ces soins à durée limitée sont prodigués en :

- hôpitaux de jour (5 % des patients),
- centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (53 % à 61 % des patients),
- hospitalisations de nuit (1 à 5 % des cas),
- ateliers thérapeutiques (1 % des adultes),
- centres post-cures,
- journées d'accueil familial thérapeutiques (1 million de journées adultes en 1995),
- appartements thérapeutiques (226 000 journées en 1995).

Quant à l'hospitalisation à domicile psychiatrique, elle est peu développée et représentait 138 000 journées adultes en 1999.

Ces structures alternatives à l'institutionnalisation sont devenues des étapes incontournables en vue de la réinsertion de toute la frange de population désocialisée, marginalisée du fait de troubles psychiatriques potentiellement régressifs mais qui se chronicisent faute d'appui extérieur à la réadaptation.

## **5. LES EQUIPES DE SOINS PALLIATIFS**

La prise en charge globale de la personne en fin de vie est devenue un objectif prioritaire. Au XXIème siècle, on doit pouvoir mourir comme on a vécu : c'est à dire dans le respect de la dignité et de la liberté de chacun ! Actuellement, 75 % de la population décèdent à l'hôpital alors que 70% le désireraient à domicile.

Depuis la loi du 09/06/1999, un plan de développement des soins palliatifs a permis de multiplier l'offre sur l'ensemble du territoire. En 2000<sup>14</sup>, on comptait 177 Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) et 99 Unités de Soins Palliatifs soit un total de 774 lits et d'une dizaine de réseaux de soins palliatifs.

Il existe plusieurs types de structures :

- les Unités de Soins Palliatifs (USP) :

Elles sont intégrées au sein des hôpitaux et sont complémentaires des services dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle. Elles ont une triple mission : les soins, l'enseignement et la recherche pour contribuer à la diffusion des connaissances en soins palliatifs sur les lieux d'exercice de chaque service hospitalier.

- les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs ( EMSP) :

Elles coopèrent avec de nombreuses équipes intra et extra-hospitalières. Ce sont des regroupements de professionnels (médecins, infirmières, assistante sociale,...) qui vont aider à leur demande les équipes dans le soutien relationnel et dans la prise en charge d'un patient en fin de vie .

14. source : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFASP)

Elles ont pour objectifs de faciliter la pratique des soins palliatifs selon une philosophie de continuité et de globalité des soins. Elles assurent aux malades incurables une qualité de vie restante évitant la " rupture-abandon " du transfert hospitalier.

- la consultation en soins palliatifs, l'hôpital de jour :

Ils donnent un avis spécialisé et améliorent le confort de vie des patients suivis par leur médecin traitant et les services de soins infirmiers à domicile.

- les réseaux en soins palliatifs :

Ils entrent dans une véritable démarche « *de santé publique qui associe les problématiques médicales, psychologiques, sociales et éthiques* »<sup>15</sup>.

Ils permettent donc au patient de bénéficier de soins et d'un suivi personnalisé à leur domicile par des professionnels de santé.

Leurs objectifs sont :

- éviter les hospitalisations inutiles,
- permettre au patient de rester au domicile,
- assurer la continuité des soins et la qualité de vie au domicile,
- assurer un soutien à l'entourage,
- accélérer la prise en charge entre les différents professionnels intervenants au domicile du patient et en institution,
- permettre une meilleure coordination de l'information et des échanges entre les différents professionnels,
- assurer la formation de ces derniers.

15. Circulaire du 09/04/1997.

*CHAPITRE V*

*ANALYSE DES FREINS ET DES*

*FACTEURS DU DEVELOPPEMENT DE*

*L'HOSPITALISATION A DOMICILE*

## **CHAPITRE V - ANALYSE DES FREINS ET DES FACTEURS DU DEVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE**

En 1994, le CREDES publiait une enquête intitulée : « *Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ?* » [20]. Cette étude analysait les freins et les facteurs en faveur du développement de l'hospitalisation à domicile.

En effet, la mise en place de l'hospitalisation à domicile ne connaît pas en France le même développement que celui qui peut être observé aux Etats Unis [51]. Les structures existantes sont en général de petites tailles et se trouvent implantées dans les agglomérations (Paris et région parisienne concentrant plus de 58 % des moyens), à l'opposé 48 départements n'offrent aujourd'hui pas encore de place d'HAD.

Il faut cependant reconnaître que l'HAD se développe lentement en Europe et reste une pratique peu répandue chez nos voisins à l'inverse des soins à domicile [56].

### **1. LES FREINS A CE DEVELOPPEMENT RELEVAIENT EN 1993 DE DEUX ORIGINES PRINCIPALEMENT :**

#### **1.1. Les freins imputables aux acteurs de la demande par :**

- la méconnaissance de cette offre de soins,
- une disponibilité accrue avec surcharge de travail domestique et obligation de gardes et de présence pour l'entourage,
- un phénomène culturel : l'hôpital restant synonyme de sécurité.

## **1.2. Les freins imputables aux acteurs de l'offre par :**

- le mode de fonctionnement administratif de l'hospitalisation à domicile : absence de cadre juridique, budget global, déficit en personnel infirmier, le taux de change, la carte sanitaire,...

- "l'hospitalo-centrisme" persistant de certains médecins hospitaliers faisant de "la rétention de malades" du fait d'une conception traditionaliste du système de santé hospitalier : le lit restant une référence d'activité et donc de mesure de taille d'un service. L'HAD étant alors perçue comme un "vase d'expansion" : on remplit d'abord le service et seulement après on fait appel à l'HAD.

- Les médecins généralistes qui connaissaient très mal ce mode de prise en charge percevant mal ce qu'il recouvre avec une confusion très nette entre soins à domicile et hospitalisation à domicile.

A cette méconnaissance du fonctionnement de la structure HAD, s'ajoutait un manque de formation à la gestion de la douleur en particulier en phase terminale des pathologies néoplasiques.

L'absence de cadre juridique autour de l'HAD rendait également les responsabilités médicales plus lourdes à assumer et étaient parfois même ressenties comme irréelles. Cette dualité était accentuée par une communication souvent inexistante entre médecins hospitaliers et médecins traitants.

Enfin, certains médecins traitants étaient habitués à travailler avec "leurs" infirmières libérales.

Il s'agira dans ce travail de thèse de vérifier, près de dix ans après cette enquête du CREDES, si le comportement du médecin traitant vis à vis de la structure HAD s'est modifié.

Il convient également à l'heure où il est question de " proximité " d'évaluer la connaissance en Lorraine par les médecins généralistes de l'HAD, de leurs vécus au quotidien de cette pratique ainsi que de leurs points de vue quant à la place dans le système de soins actuel de cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

## **2. LES FACTEURS DE DEVELOPPEMENT**

On retrouvait en 1993 :

- un haut niveau de satisfaction des patients pour un "mieux être chez soi" avec une reconnaissance de la qualité et de la compétence du personnel soignant,
- des avantages médicaux avec notamment une diminution des infections nosocomiales,
- des besoins encore non satisfaits en particulier dans les zones rurales,
- une contribution à la diminution des dépenses hospitalières surtout quand le mode de substitution est le court séjour,
- un soutien psychologique du patient qui aide avantageusement à la guérison.

## **3. LE PLAN HOPITAL 2007**

Le plan prévoit, entre autre, pour l'HAD :

- la suppression du taux de change et de la carte sanitaire avec simplification des procédures administratives de planification,
- la contractualisation d'objectifs et de moyens avec les agences régionales d'hospitalisation,
- la régionalisation des opérations lourdes d'investissements avec une mission nationale d'appui technique,

- la mise en place d'un financement lié à l'activité devant constituer un levier essentiel de la modernisation du secteur de santé actuel dès 2004. Cette tarification à l'activité permettra de rémunérer de façon identique le service médical rendu,
- une autonomie accrue des établissements hospitaliers avec un assouplissement des règles administratives de gestion au sein de l'hôpital,
- une mission d'audit au moyen de référentiels de bonnes pratiques de gestion,
- une offre des capacités internes de l'hôpital plus réactives, au plus proche des attentes réelles de la population.

Pour l'HAD, il s'agira dès lors de proposer quatre services principaux [52] :

- les soins, proprement dits, avec le passage des professionnels de santé à domicile,
- les consommables onéreux comme les chimiothérapies,
- la mise à disposition de dispositifs lourds en évitant les transports coûteux,
- les aides humaines à la famille.

*DEUXIEME PARTIE*  
*L'ENQUETE*

*CHAPITRE I*  
*CONTEXTE DE L'ETUDE*

# CHAPITRE I – CONTEXTE DE L'ETUDE

## **1. L'IDEE DE LA THESE**

L'idée de réaliser un travail sur l'hospitalisation à domicile nous est venue au cours d'un remplacement d'été à Woippy où nous avons eu l'occasion de donner nos soins à un patient atteint d'un adénocarcinome digestif. Les difficultés rencontrées, en particulier dans la prise en charge de l'urgence à domicile, nous ont poussé à la réflexion sur ce mode de prise en charge en médecine ambulatoire.

Et, puis les remplacements se sont succédés... jusqu'à une séance de formation médicale continue sur la prise en charge de la douleur où nous avons pu rencontrer le médecin coordinateur Monsieur le Docteur HULLEN de l'HAD de l'agglomération messine avec qui nous avons discuté de ce sujet. Sujet que nous avons ensuite proposé à Monsieur le Professeur DE KORWIN qui a immédiatement manifesté son intérêt pour le thème abordé et accepté de diriger ce travail.

Que ces médecins et ainsi que tous les participants à la réalisation de cette enquête en soient remerciés.

## **2. HYPOTHESE DE TRAVAIL**

Les médecins généralistes sont de plus en plus impliqués dans l'évaluation et la gestion thérapeutique de malades difficiles tant du point de vue physio-pathologique que du point de vue psycho-affectif.

Un travail en réseau, en partenariat avec l'hôpital, dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, permet de coordonner au domicile du patient des soins complexes et continus qui auraient nécessité une hospitalisation traditionnelle. Cependant cette alternative à l'hospitalisation que constitue l'HAD, bien que cinquantenaire demeure encore embryonnaire.

Notre hypothèse voudrait que le médecin traitant, pour devenir un véritable levier de commande de l'HAD et non plus simplement un élément passif du système voire parfois un frein à son développement, doit percevoir la nécessité dans le système de soin actuel d'un recours au service d'HAD dans sa pratique quotidienne comme une solution coordonnée, adéquate, efficace et satisfaisante à une prise en charge globale d'un patient.

L'HAD devient alors un partage commun des connaissances médico-techniques et ne devrait plus être vécue comme une appendice hospitalière remettant en cause le statut de médecin libéral.

### **3. DEROULEMENT DE L' ETUDE**

1. Définition des objectifs
2. Etat des lieux
3. Préparation du questionnaire
4. Validation du questionnaire par l'équipe de direction et différents médecins " testeurs " (3 utilisant et 3 non utilisant)
5. Sélection des échantillons de médecins correspondants selon le listing fourni
6. Distribution du questionnaire par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine aux deux groupes de médecins sélectionnés

7. Calendrier de réalisation de l'enquête : du 25/09/2002 au 15/10/2002, relance jusqu'au 30/10/2002
8. Exploitation des données et commentaires sur la forme de l'étude
9. Discussion et propositions sur le fond de l'enquête

#### **4. LES OBJECTIFS**

Dans une aire géographique où existe déjà une structure HAD active, les médecins traitants connaissent-ils la possibilité d'appel à l'HAD ?

Ont-ils pour certains déjà prescrit une HAD ? Quelles aides et collaborations ont-ils trouvées dans leur pratique quotidienne ? Quelles ont été les difficultés rencontrées durant cette HAD ? Enfin, ont-ils été satisfaits de leur expérience et leur manière de travailler a-t-elle été modifiée ?

D'autres médecins généralistes n'ont jamais participé à une HAD malgré l'existence d'une structure HAD dans leur zone géographique d'activité. Pour quels motifs, n'utilisent-ils pas l'HAD ? C'est la seconde partie de l'enquête qui tentera de cerner le profil des médecins non utilisant (méconnaissance, désintérêt, peurs, ... ?).

L'objectif de ce travail de thèse est donc de faire une évaluation en Lorraine dans le secteur d'activité de l'HAD de l'agglomération messine de la connaissance de l'HAD par les médecins traitants, leurs points de vue quant à sa place dans le système de soins actuel ainsi que les difficultés rencontrées et les réticences à la pratique de l'HAD au quotidien.

*CHAPITRE II*  
*METHODOLOGIE*

## CHAPITRE II - METHODOLOGIE

### **1. LE QUESTIONNAIRE** (cf. annexe 5)

La préparation du questionnaire a été réalisée par des lectures, des entretiens avec les acteurs locaux ( praticiens hospitaliers, médecins généralistes, infirmières, assistante sociale, sages femmes,...), une participation à la journée régionale de l'HAD de Metz à l'Arsenal en octobre 2001. Enfin, par la consultation du site Internet de la FNEHAD, du CREDES et de l'HADAM.

Par ailleurs, le SUDOC (service inter-universitaire de documentation) nous a permis de retrouver 222 thèses sur l'HAD dont 4 publiées en six mois. Il y a donc en moyenne 2 thèses par trimestre soutenues en France et traitant de l'HAD. Ceci dénote l'intérêt de la faculté pour ce mode de prise en charge et promet peut être pour l'avenir une meilleure information en amont des jeunes médecins.

Il n'était non plus pas question de procéder à une revue exhaustive de la littérature ou de tout lire sur l'hospitalisation à domicile, cela aurait d'ailleurs été impossible. Mais, il fut convenu de réaliser une enquête d'opinion sur le terrain.

Aussi, avons nous seulement retenu trois thèses (une de 1987, une de 1996 et une de 1997) pour évaluer l'évolution de nos répondants. Une thèse de pharmacie a également été consultée pour compléter notre point de vue médical.

Notre bibliographie a notamment favorisé des articles rédigés par les collaborateurs paramédicaux par souci de réalité mais aussi par respect pour " l'esprit d'équipe " sans qui l'HAD n'existerait pas au quotidien.

Enfin, l'ouvrage de François de SINGLY sur « *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire* » [29] nous a été d'une grande utilité pour éviter les effets d'imposition de certaines questions et permettre l'expression personnelle la plus large possible des répondants.

Le questionnaire de cette enquête descriptive est divisé en trois grandes parties :

- une partie commune explorant le profil des médecins répondants (« *qui êtes-vous ?* » ) et leurs connaissances générales de l'HAD (« *connaissez-vous l'HAD ?* » )
- une partie A concernant uniquement les médecins généralistes ayant déjà participé ou participant à une HAD.
- une partie B concernant les médecins généralistes n'ayant jamais participé à une HAD.

Chaque médecin ne reçoit que les parties le concernant soit trois pages (ou trois feuilles imprimées en recto simple).

Après cinq versions, et deux mois de rédaction, la forme définitive de ce questionnaire a été validée par l'équipe de direction (Pr. DE KORWIN, Docteurs HULLEN, SIEGRIST et ALLA) et différents médecins " testeurs " :

- 3 ayant déjà travaillé avec la structure HAD de l'agglomération messine
- 3 n'ayant jamais participé à une structure HAD

Un courrier d'introduction de l'HAD et de présentation du travail de thèse accompagne le questionnaire ; le mailling étant assuré par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy (Pr. De Korwin) et par le secrétariat du service de Médecine Interne du Pr. De Korwin du CHU de Nancy (Madame RECHT).

Par ailleurs, pour pouvoir réaliser les relances au besoin, il a été convenu de laisser une case nominative au sein du questionnaire. La confidentialité des réponses étant rappelée dans le courrier de présentation de l'enquête. Une relance est prévue par téléphone et/ou courrier et/ou adresse électronique après dix jours de non réponse.

Enfin, l'exploitation des données fut réalisée au service d'épidémiologie et d'évaluation clinique des Professeurs Briançon et Guillemin avec la collaboration du Docteur Alla.

## **2. LA SELECTION DES ECHANTILLONS**

On note la difficulté de sélectionner des échantillons représentatifs d'une population médicale hétérogène dans son expérience à l'HAD.

On se propose de comparer deux groupes de sous populations d'une même agglomération :

- un groupe ayant déjà eu une expérience en HAD (groupe A).
- un groupe n'ayant jamais eu recours à l'HAD malgré la présence géographique de l'unité HADAM (groupe B).

■ le nombre de médecins généralistes du 1<sup>er</sup> groupe fut évalué à 77 d'après la liste fourni par la structure HADAM. Tous ont reçu un questionnaire A.

■ le nombre de médecins généralistes du 2<sup>ème</sup> groupe retenu après appel au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Moselle et à l'Association Médicale Mosellane de Perfectionnement Post-Universitaire pour l'aire géographique concernée fut de 150 .

La sélection du groupe B se fit par tirage au sort en retenant un médecin toutes les trois lignes dans le listing fourni pour l'agglomération messine correspondante (nombre total initial = 462).

Le nombre de médecins répondant à la clôture de l'enquête et après relance téléphonique fut de :

→ 26 pour le 1<sup>er</sup> groupe (A)

→ 45 pour le 2<sup>ème</sup> groupe (B)

Le nombre de répondants fut donc d'un tiers des sollicités, ce qui correspond aux résultats de ce type d'enquête en médecine générale.

## *CHAPITRE III*

### *RESULTATS*

## CHAPITRE III-RESULTATS

### **1. ANALYSE DESCRIPTIVE DU GROUPE A**

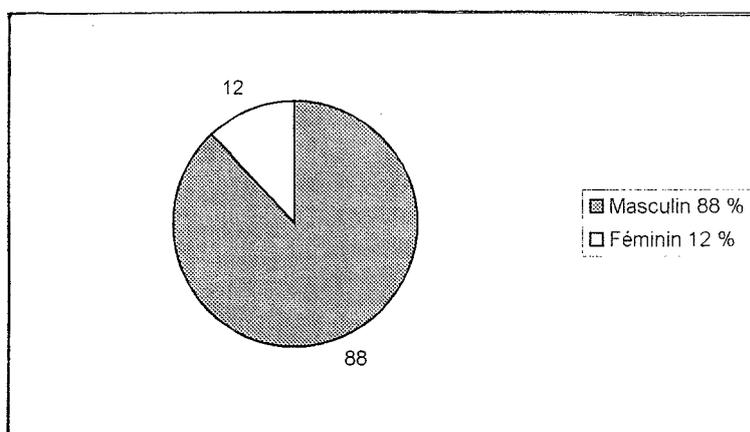
(participants à l'HAD)

Sur les 77 envois, 26 réponses ont été fournies après relance.

#### **1.1. Profil des médecins ayant eu une expérience HAD**

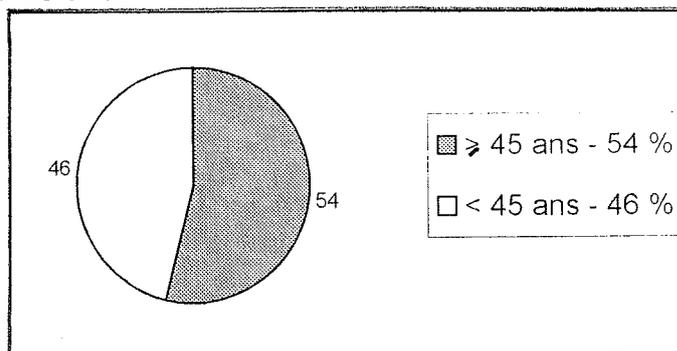
##### **1.1.1. Sexe et âge des professionnels**

88 % des répondants furent des hommes pour 12 % de femmes (23 hommes pour 3 femmes).



Sexe des médecins généralistes du groupe A

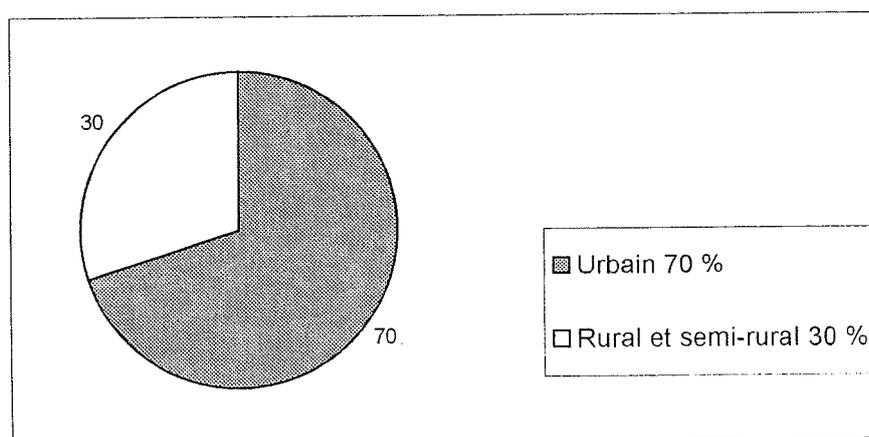
54 % étaient âgés de plus de 45 ans avec une première année d'installation remontant à plus de 20 ans.



Age des médecins généralistes du groupe A

### **1.1.2. Type d'exercice professionnel**

Pour l'essentiel, ces médecins travaillent en zone urbaine (70 %) dont 2/3 en association et sont pratiquement tous informatisés. 5 médecins ont une activité particulière dont 2 d'homéopathie, 1 de coordinateur en maison de retraite, 1 médecin sapeur-pompier et 1 médecin libéral SNCF.



Zone d'activité professionnelle des médecins généraliste du groupe A

10 médecins traitants ont un diplôme post-universitaire dont 3 en réparation juridique et du dommage corporel, 3 en pédagogie médicale, 3 en gériatrie (dont 1 possédant le DIU de coordination médicale d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et 1 médecin titulaire du DIU de soins palliatifs.

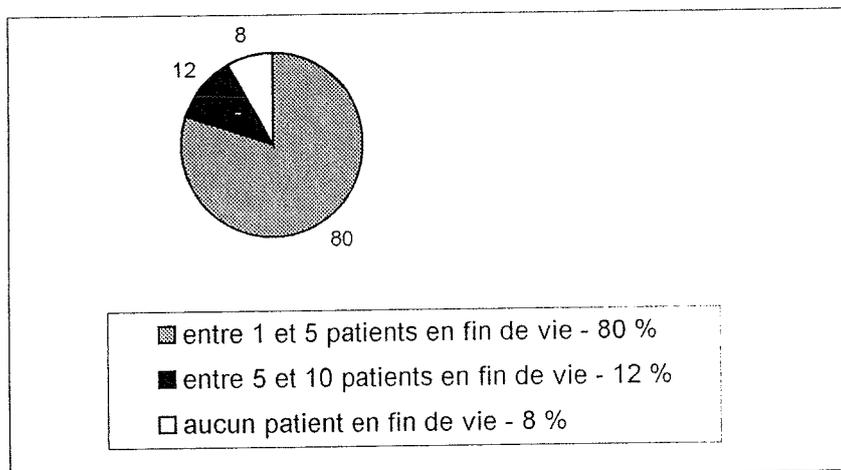
### **1.1.3. Proportion dans la patientèle**

#### ■ Personnes âgées et malades chroniques :

La proportion dans la patientèle de personnes âgées de 65 ans et plus retrouve une médiane de 20 % ; pour les malades chroniques, la médiane est de 10 %.

■ Patients en fin de vie :

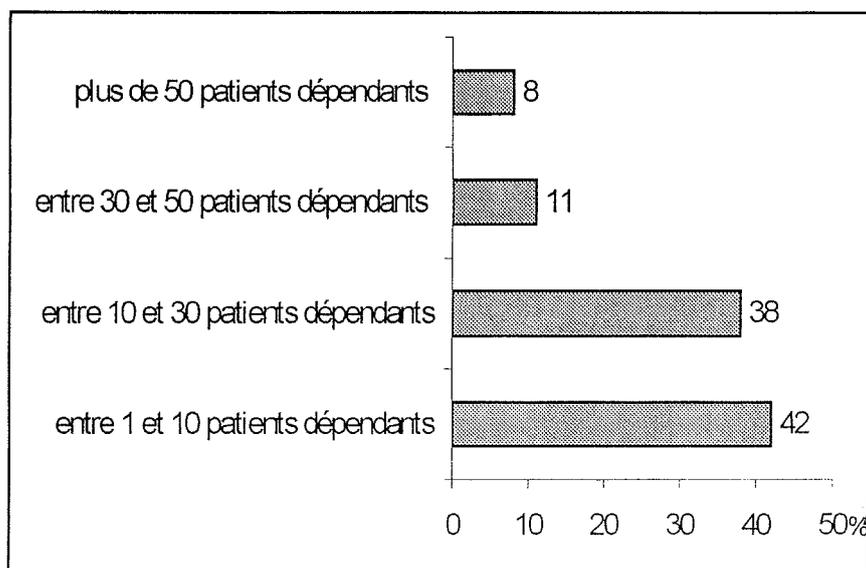
80 % des médecins estiment le nombre de leurs patients en fin de vie entre 1 et 5 ; 12 % entre 5 et 10 et 8 % de médecins n'ont au jour de l'enquête aucun patient en fin de vie à charge.



Proportion de médecins du groupe A par patients en fin de vie

■ Patients dépendants :

Tous les médecins ont au moins un patient dépendant à charge : 80 % des répondants ont entre 1 et 30 patients à charge (42 % entre 1 et 10 patients ; 38 % entre 10 et 30) ; 2 médecins ont répondu plus de 50 patients dépendants à charge : ils ont en réalité une activité gériatrique quasi exclusive.

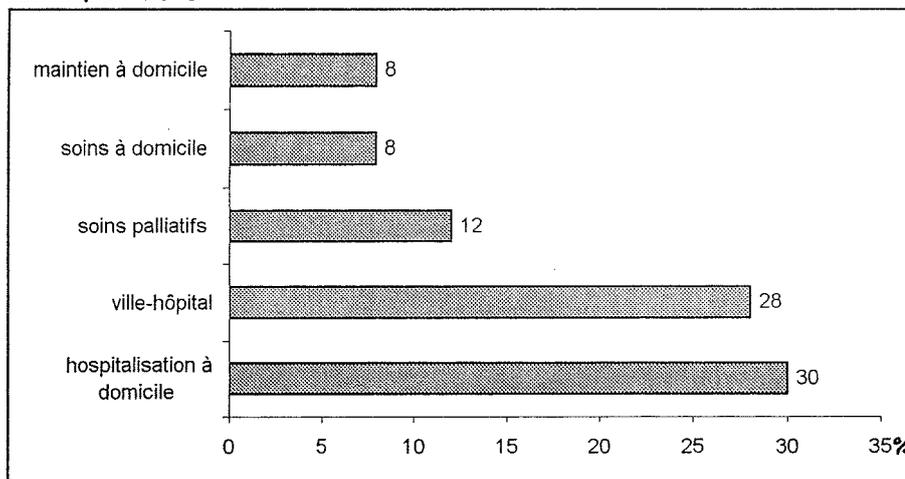


Proportion de médecins du groupe A par patients dépendants

### **1.1.4. Actions participatives à des :**

#### **■ réseaux :**

46 % des médecins ont déjà participé à un réseau d'activité professionnel dont 28 % sous la forme ville-hôpital et 30 % en HAD ; 8 % des interrogés participent à un réseau de soin à domicile ou de maintien à domicile ; 12 % font partie d'un réseau en soins palliatifs.

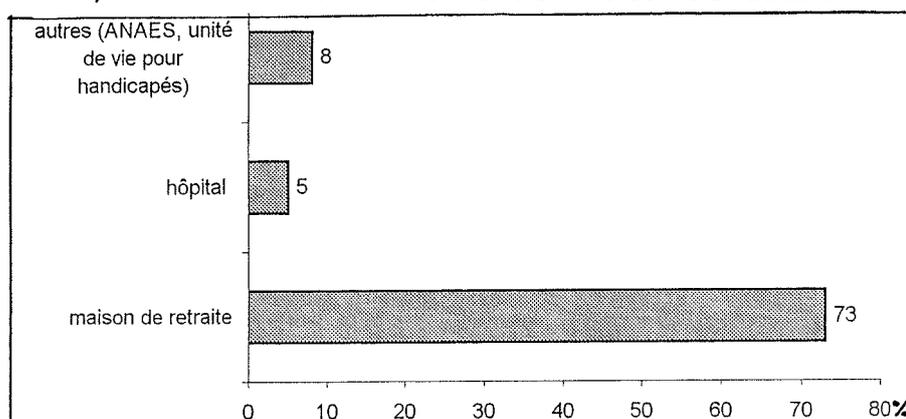


Proportion de médecins du groupe A collaborant à des réseaux d'activité

Il est à noter que 70 % des médecins de ce groupe A n'envisagent pas leur expérience en HAD comme une participation à un réseau. Il y a là une ambiguïté que l'on évoquera dans la discussion : l'HAD est-elle un réseau ?

#### **■ institutions :**

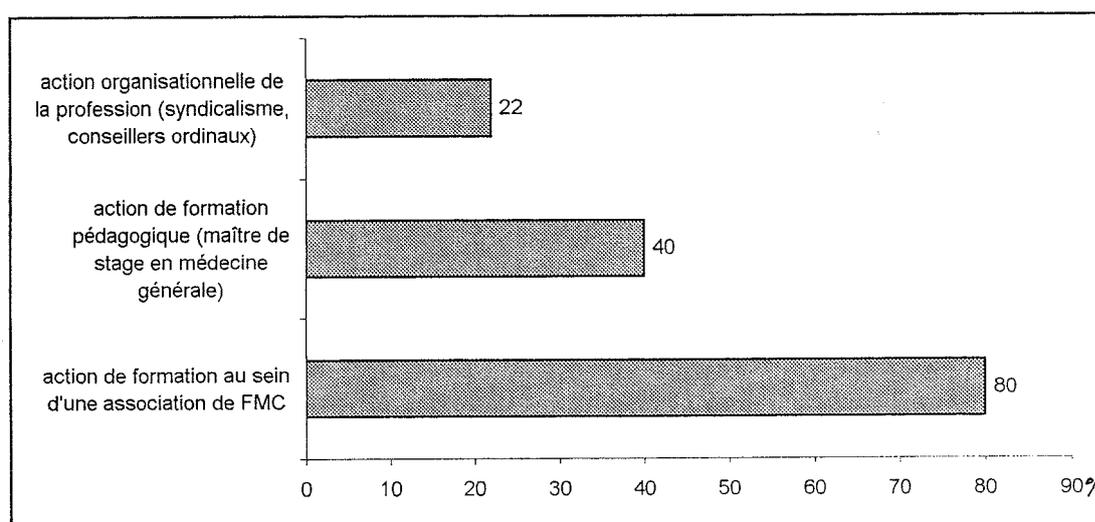
Près des 3/4 des médecins interviennent en maison de retraite.



Proportion de médecins du groupe A intervenant dans des institutions

■ formations :

Une grande majorité (80 %) de médecins de ce groupe A a une action de formation soit au sein d'association de perfectionnement post-universitaire (20 médecins au sein d'une association de FMC), de formation pédagogique (9 maîtres de stage en médecine générale) ou organisationnelle de la profession (5 conseillers ordinaires ou syndicalistes).



Proportion de médecins du groupe A participant à une action professionnelle

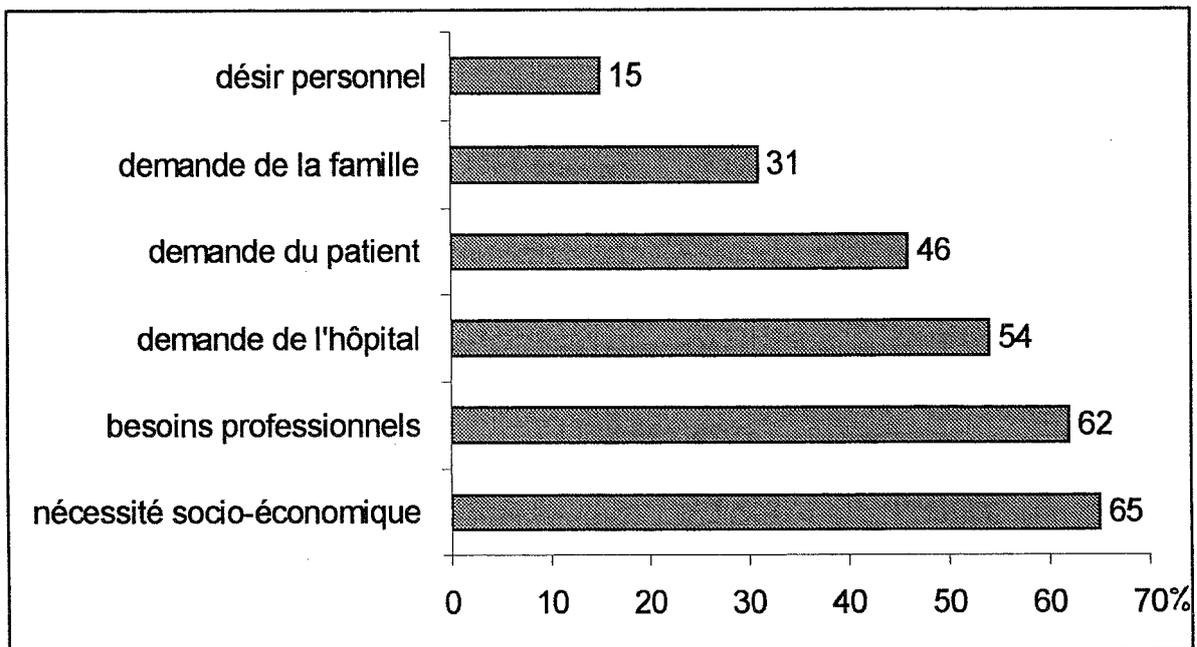
## **1.2. CONNAISSANCE GENERALE DE L'HAD**

### **1.2.1. La sectorisation géographique de l'HAD**

A la question « *existe-t-il une structure HAD dans votre secteur géographique ?* », 2 médecins ont répondu non, soulevant par cette réponse les difficultés liées à la sectorisation géographique de l'HAD en zone rurale. Ces médecins ont estimé que le service n'était pas assez proche et étaient favorable à la création d'une antenne locale afin en particulier de prolonger un maintien à domicile.

### 1.2.2. Les besoins en HAD

2/3 des médecins estiment que l'HAD répond à un besoin professionnel et/ou socio-économique. 1 médecin sur 2 pense que l'HAD répond à une demande hospitalière.

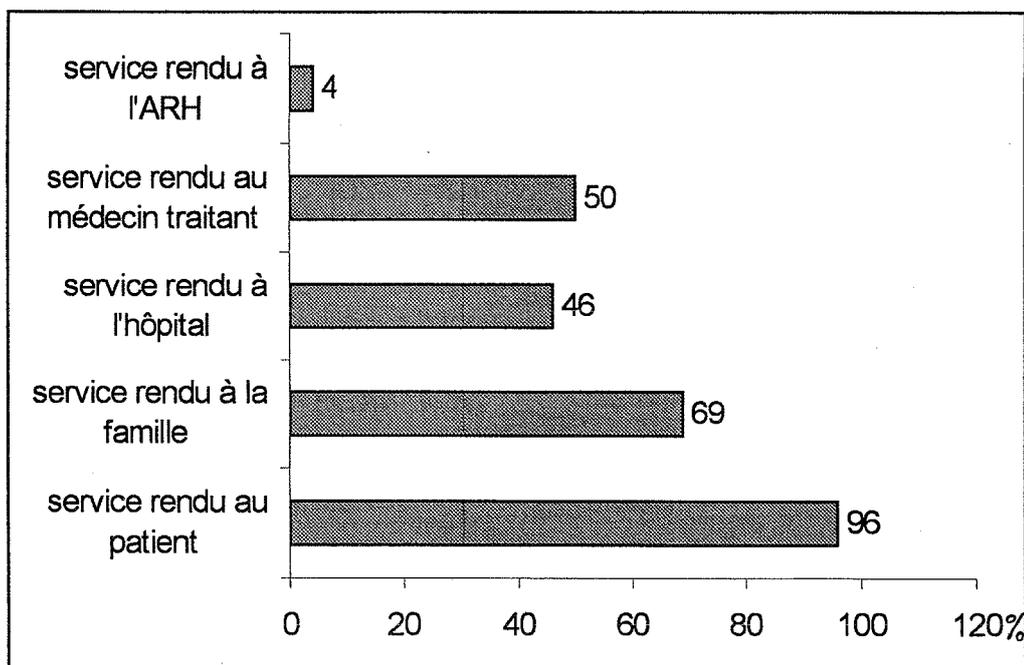


Estimation des besoins en HAD par les médecins du groupe A

Enfin, près d'1 médecin sur 2 et plus des 2/3 des médecins n'enregistrent pas respectivement de demande des patients ou de leurs familles concernant cette offre de soins ; ce qui illustre la méconnaissance persistante de cette offre de soins par les usagers.

### **1.2.3. Les services rendus par l'HAD**

Pratiquement tous les médecins ont estimé que l'HAD est un service rendu aux patients et à leurs familles. 1 médecin sur 2 estime que l'HAD est un service rendu à leur activité professionnelle mais pas forcément à l'hôpital.



Estimation des services rendus par l' HAD pour les médecins du groupe A

L'HAD appartient donc définitivement au contexte professionnel de ces médecins traitants.

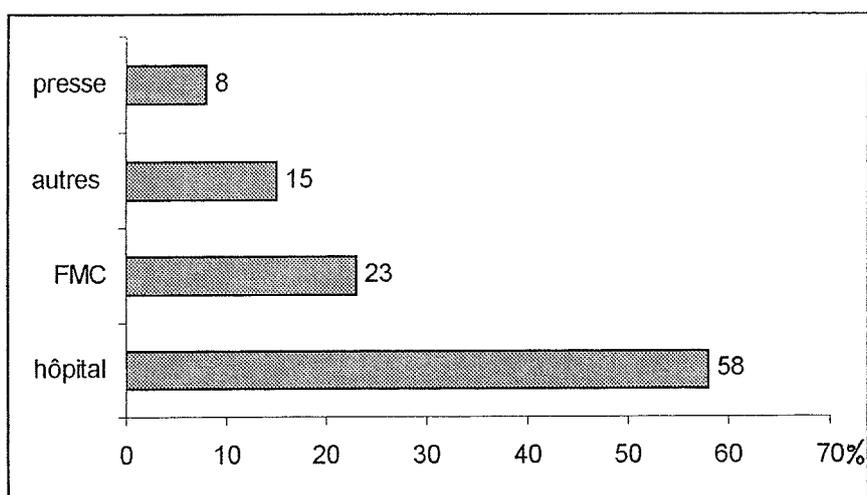
### **1.2.3. Le financement**

Par ailleurs, près de 15 % de médecins utilisant l'HAD avouent leurs lacunes concernant la prise en charge financière des frais inhérents à la structure et en particulier à l'assurance professionnelle.

### **1.3. L'HAD dans une pratique généraliste : comment ?**

#### **1.3.1. Les sources**

Dans la partie plus spécifique aux médecins ayant déjà utilisé l'HAD, 58 % de ces derniers ont connu ce mode de prise en charge par la structure HAD elle-même et 23 % par une séance de FMC.



Mode de connaissance de l'HAD par les médecins du groupe A

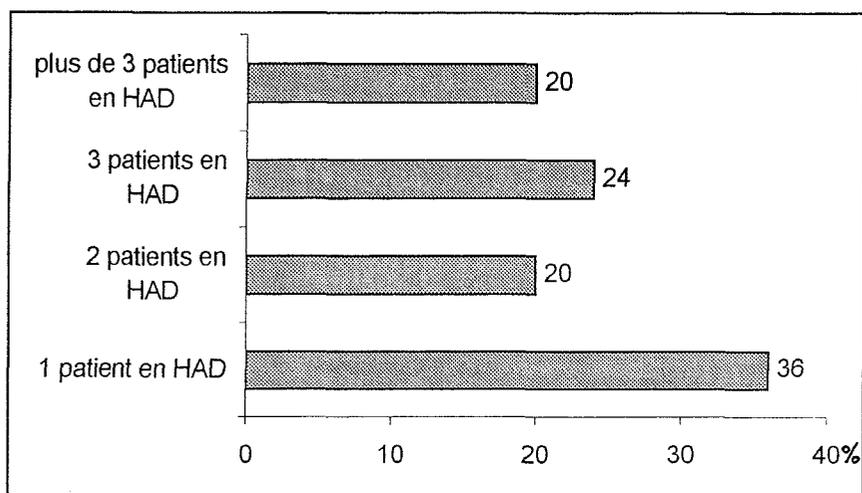
#### **1.3.2. Les prescriptions et le nombre de visite**

##### ■ Prescription initiale d'une HAD :

17 médecins ont déjà prescrit une HAD contre 8 qui n'en a jamais prescrit. Ces chiffres relativement plus élevés que la réalité (34 % des médecins étaient réellement prescripteurs en 2001) relèvent soit de ce que l'on pourrait appeler une déclaration d'action entretenant avec l'action elle-même un rapport de l'ordre de l'exagération ou tout simplement d'un " effet de mobilisation " du fait de l'intérêt porté à cette enquête par les médecins prescripteurs.

Aucun de ces médecins traitants n'a refusé de prendre en charge un malade proposé en HAD. 36 % de ces médecins ont déjà pris en charge un patient en HAD, 25 % ont eu au moins 3 patients et 20 % 2 patients.

Un seul médecin n'a pas répondu à cet item.



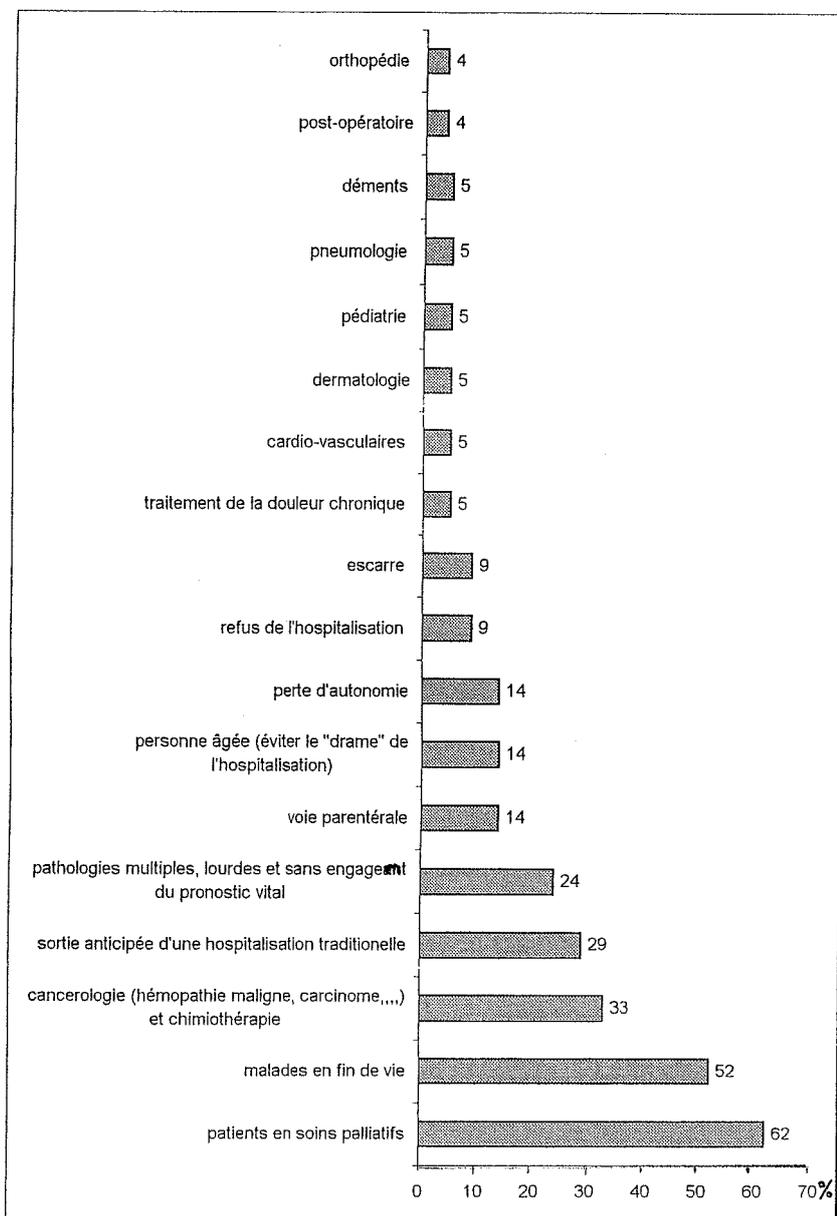
Proportion de médecins du groupe A par patients suivis en HAD

■ Nombre de visites nécessaires en HAD :

Plus d'1 médecin sur 2 réalisent une visite par semaine (20 % en réalisent deux par semaine). La durée moyenne d'intervention est estimée par ailleurs de 20 à 30 minutes pour 2/3 des médecins.

### 1.3.3. Les types de patients pouvant bénéficier de l'HAD

Parmi les patients pouvant bénéficier d'une HAD en médecine générale, les médecins traitants ont estimé qui la prescriraient volontiers pour :



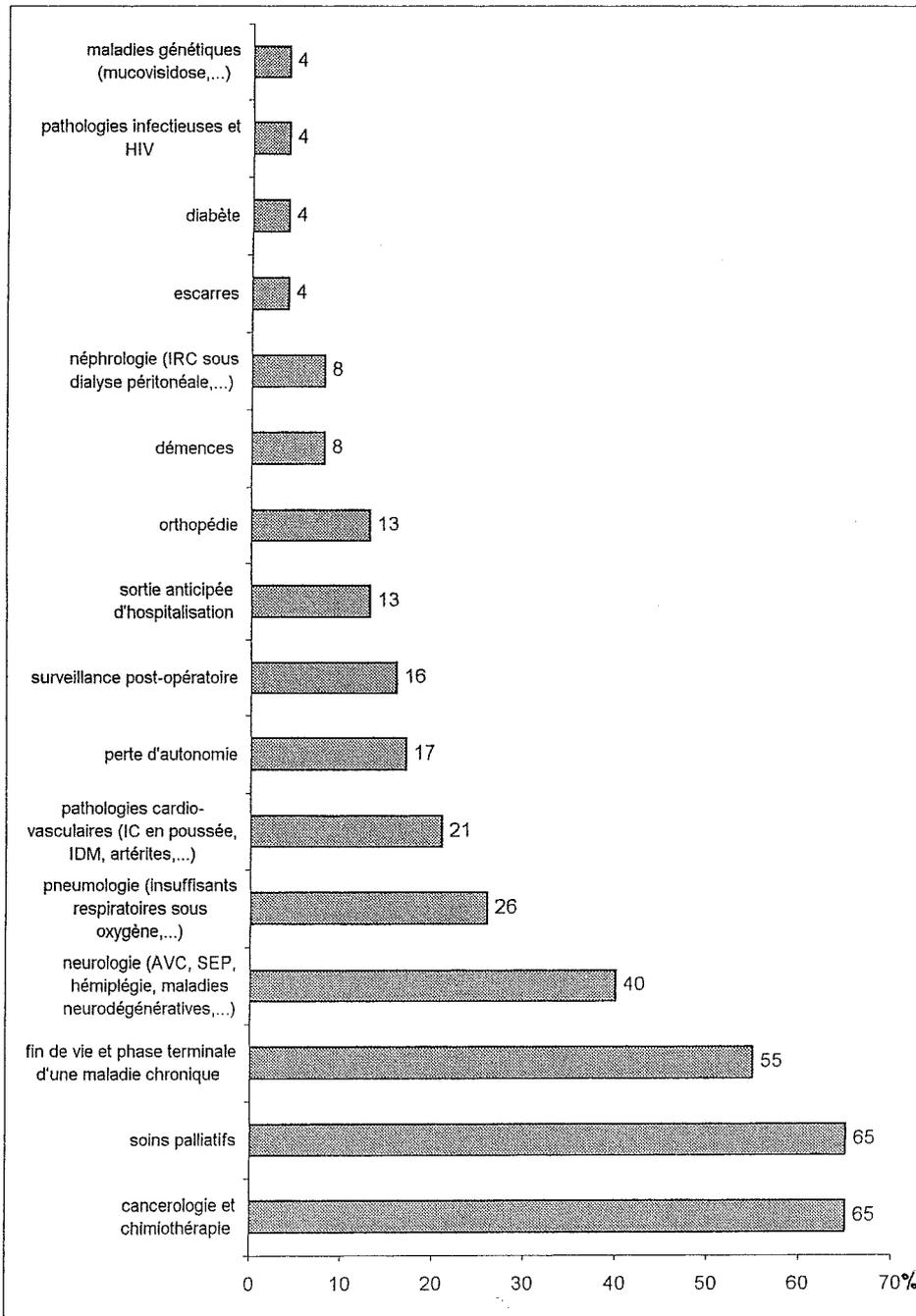
Estimation des besoins en HAD pour leurs patients par les médecins du groupe A

Enfin, 2 médecins répondent au jour de l'enquête qu'aucun de leur patient ne pourrait relever d'une HAD, 2 médecins traitants indiquent que tout patient pourrait bénéficier d'une HAD si son état le justifie.

Par ailleurs, 5 médecins n'ont pas répondu à cet item.

### 1.3.4. Les types de pathologies

De tous les types de pathologies en médecine générale qui puissent indiquer une prescription en HAD, on retrouve :



Estimation des types de pathologies relevant d'une HAD par les médecins du groupe A

Par ailleurs, 3 médecins n'ont pas apporté de réponse à cet item.

⇒ La confusion entre maintien à domicile et hospitalisation à domicile semble définitivement levée dans ce groupe : seulement 4 médecins traitants répondent que l'HAD pourraient résoudre des problèmes de dépendance.

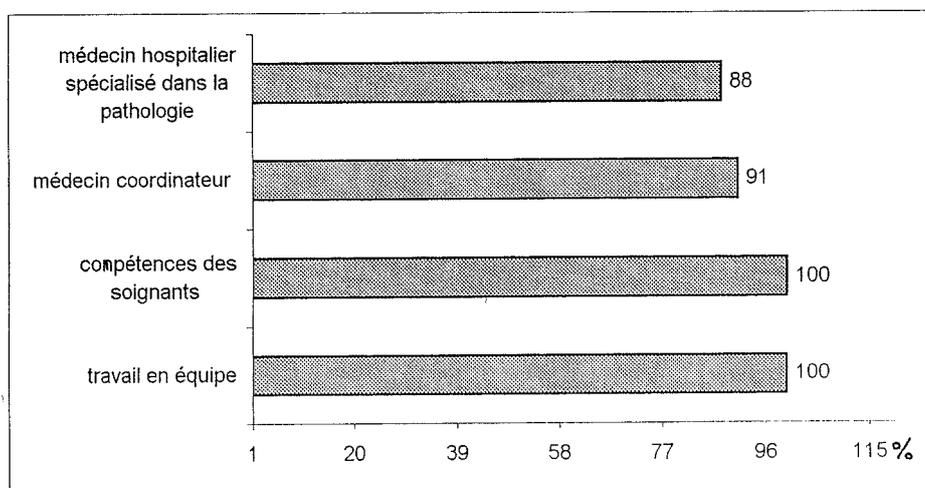
⇒ L'HAD est donc perçue comme une structure médicale au rôle quasi-exclusif de prise en charge thérapeutique : c'est un traitement hospitalier à domicile en particulier pour la cancérologie, les soins palliatifs, et les fins de vie.

### **1.3.5. Les types d'aides**

Les types d'aides et de collaboration qu'a offert l'HAD dans la pratique quotidienne du médecin de famille furent :

■ d'abord des ressources humaines :

En 2002, le travail en équipe et les compétences des soignants sont plébiscités par les répondants. 91 % des médecins ont apprécié l'aide du médecin coordinateur durant l'HAD de leurs patients et 88 % des médecins traitants ont tiré bénéfices de leur collaboration avec le médecin hospitalier.



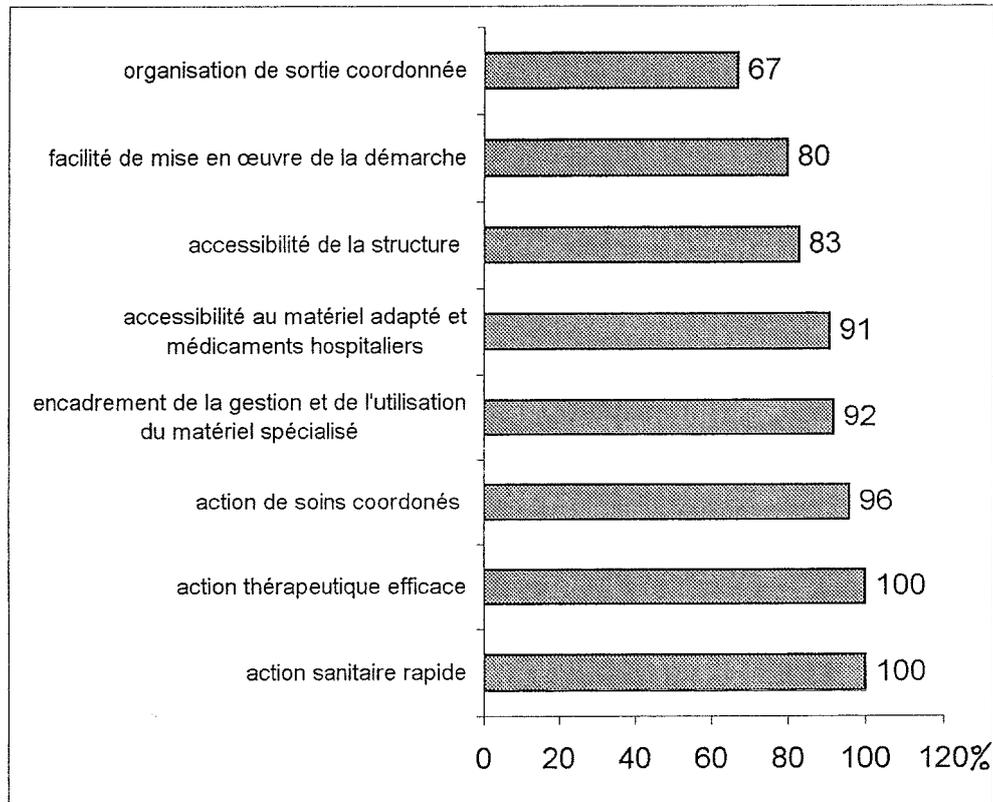
Proportion de médecins du groupe A ayant trouvé une aide humaine dans l'HAD

2 médecins n'ont pas répondu à cet item.

■ au niveau des ressources techniques :

Les réponses ont pratiquement toujours souligné l'action sanitaire rapide, coordonnée et efficace dans l'accessibilité au matériel adapté et aux médicaments hospitaliers avec un bon encadrement de leurs gestions.

20 % des médecins interrogés ont évoqué toutefois leur difficulté à mettre en œuvre la démarche avec une mauvaise coordination des sorties de l'HAD.



Proportion de médecins du groupe A ayant trouvé une aide technique dans l'HAD

3 médecins n'ont pas répondu à cet item.

■ enfin, pour les aides sociales :

Pour 50 % des médecins l'HAD n'a pas facilité la mise en place d'aides sociales futures : l'HAD est donc vécue comme une structure d'action essentiellement sanitaire dont le rôle social reste à définir.

4 médecins n'ont pas répondu à cet item.

### 1.3.6. Les difficultés rencontrées au cours d'une HAD

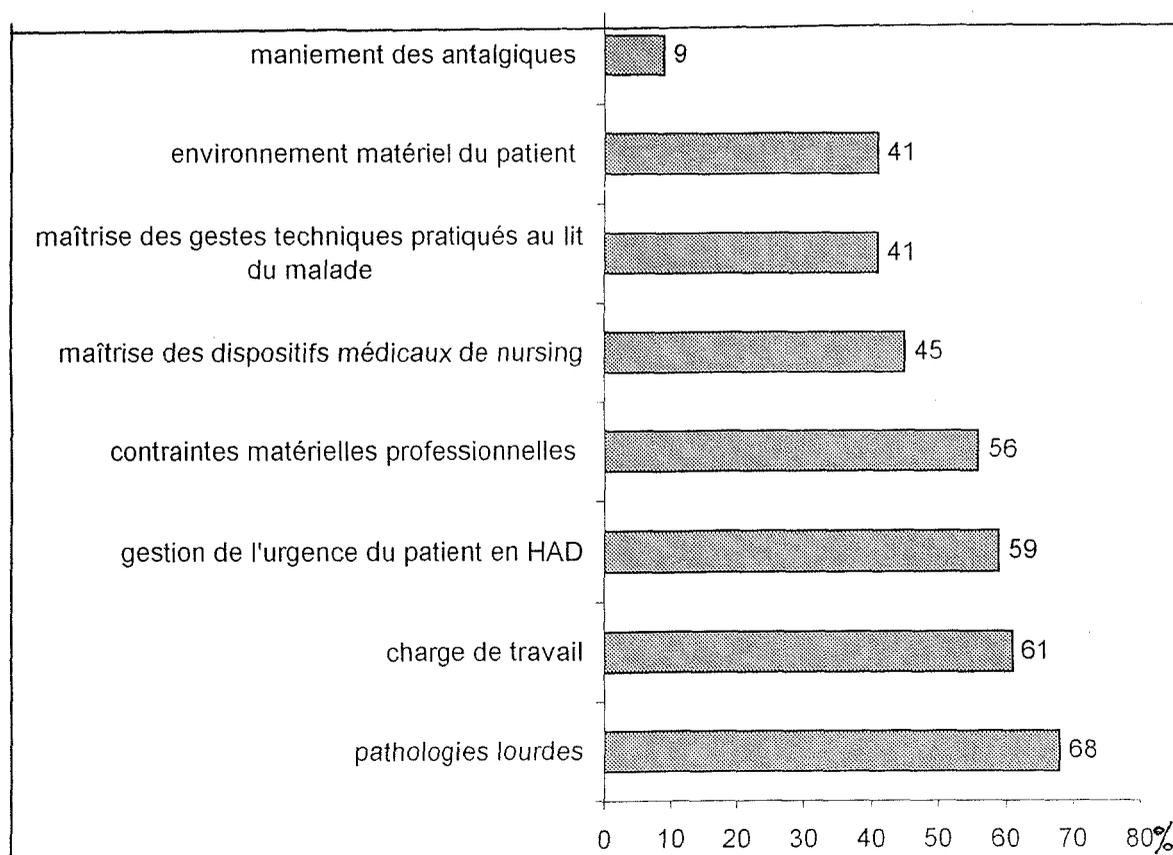
4 médecins non pas répondu à cet item.

#### ■ les difficultés techniques :

Essentiellement la lourdeur de la pathologie pour 68 % des médecins, la charge de travail pour 61 %, les contraintes matérielles professionnelles (déplacement, temps matériels,...) pour 56 % des répondants.

Si 2/5 des médecins ont évoqué une difficulté de maîtrise des gestes techniques pratiqués au lit du malade et des dispositifs médicaux de nursing ; 90 % d'entre eux n'ont pas rencontré de difficultés aux maniements des antalgiques (morphine en pousse seringue,...).

Pour 59 % des médecins la gestion de l'urgence a été source de difficultés durant une HAD.



Proportion de médecins du groupe A ayant rencontré des difficultés techniques durant l'HAD

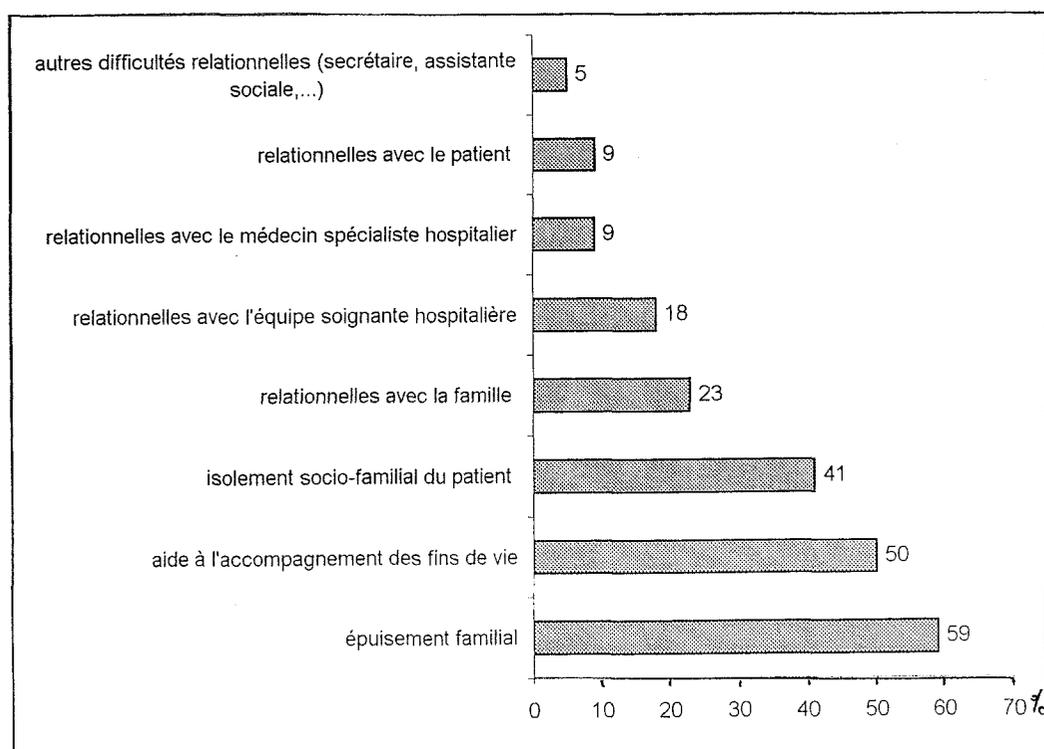
■ les difficultés relationnelles :

Elles sont dues pour l'essentiel à l'entourage socio-familial du patient.

23 % des médecins ont rencontré des difficultés relationnelles avec l'entourage familial du patient et 59 % ont du faire face à un épuisement de la famille nécessitant parfois le recours à une hospitalisation traditionnelle.

Tous ont cependant souligné la qualité relationnelle avec le médecin coordinateur, bien que 27 % d'entre eux aient déploré un manque de partage dans les différents temps décisionnels et 32 % un manque d'information sur le fonctionnement de la structure en particulier dans les critères d'admission (41 %) et de sorties (30 %).

Par ailleurs, 1 médecin sur 2 a rencontré des difficultés dans l'accompagnement des fins de vie (psychologique, travail de deuil, ...).

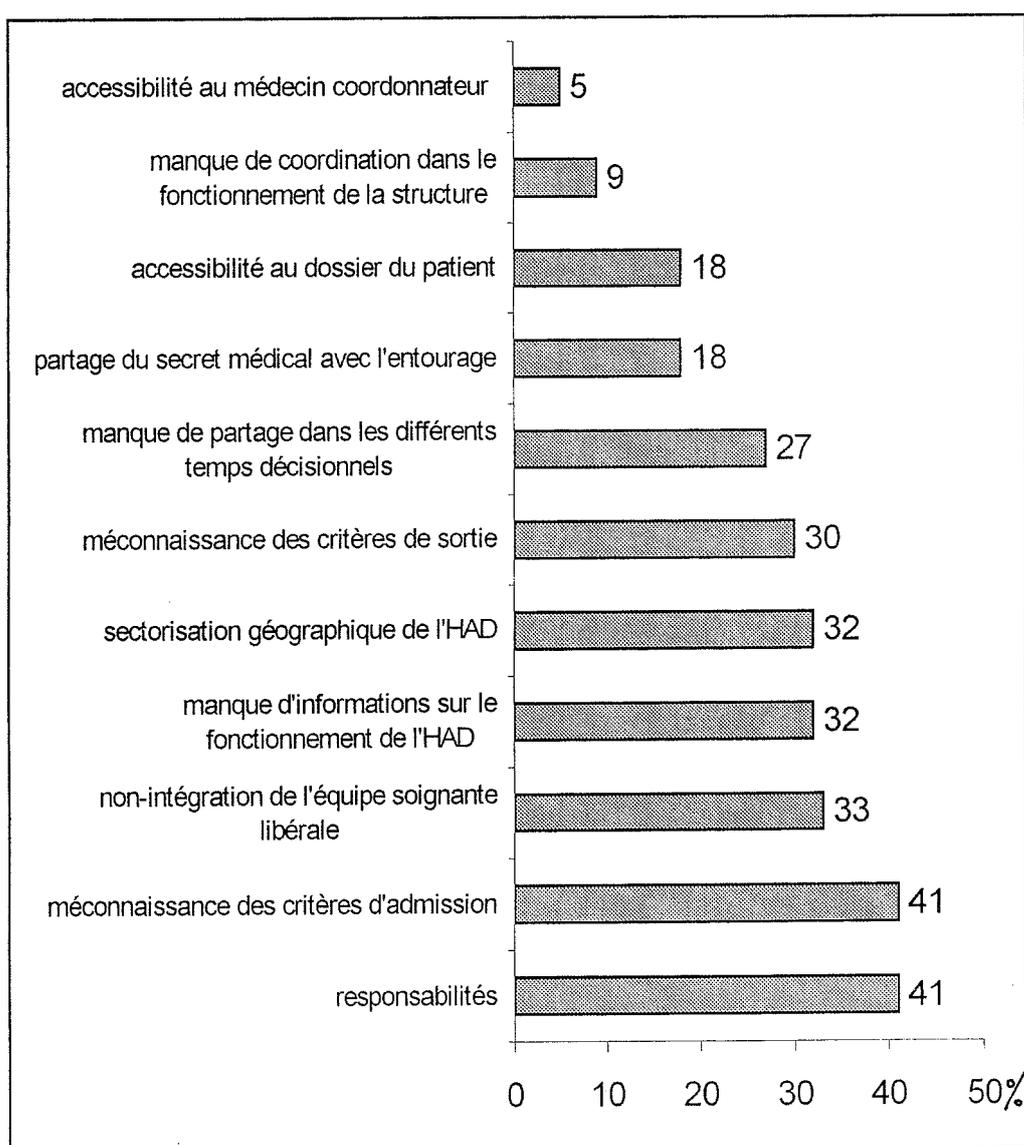


Proportion de médecins du groupe A ayant rencontré des difficultés relationnelles durant l'HAD

■ les difficultés liées au fonctionnement de la structure :

1/3 des médecins libéraux ont déploré la non-intégration au sein de l'équipe soignante hospitalière de " leur équipe libérale " et 2/5 de ces médecins s'interrogent sur leurs responsabilités civiles et professionnelles au sein d'une structure hospitalière.

Enfin, 4/5 des médecins n'ont pas eu de difficultés d'accès au dossier du patient, ni "d'état d'âme éthique" vis à vis du partage du secret médical témoignant sans doute d'un bon niveau d'intégration au sein de l'HADAM.



Proportion de médecins du groupe A ayant rencontré des difficultés structurelles durant l'HAD

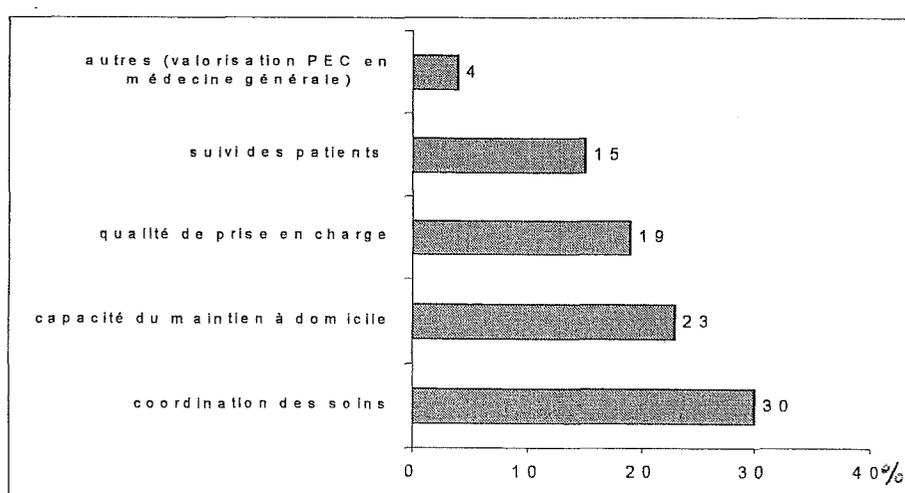
### **1.3.7. Le taux de satisfaction**

Il y a ainsi 92 % de satisfaits vis à vis de cette expérience en HAD (2 médecins insatisfaits et 2 non répondants à cet item). Parmi, les deux médecins non satisfaits de leur expérience en HAD, des critiques ont été émises par rapport à la difficulté de mise en œuvre de la démarche ainsi qu'à son accessibilité et à sa disponibilité en raison du secteur d'activité géographique des médecins concernés (médecins ruraux).

### **1.3.8. Les savoirs acquis et les besoins en formations**

L'HAD a également remis en question la manière de travailler d'1 médecin sur 2 : pour 1/3 d'entre eux par la coordination des soins et 1/4 par le développement de la capacité à mettre en place le maintien à domicile. Maintien à domicile que 3/4 des médecins de ce groupe semblent maîtriser.

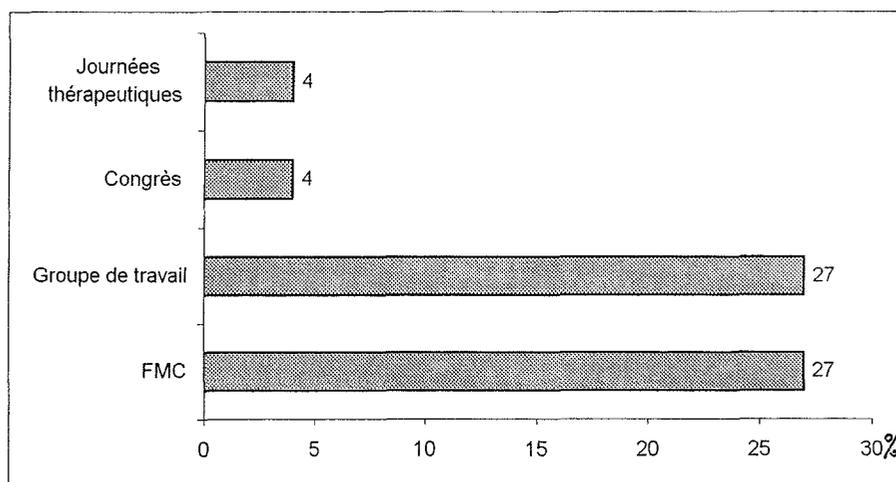
Seulement 1/5 des médecins ont estimé que l'HAD a amélioré la qualité de prise en charge de leurs patients notamment pour un d'entre eux par une revalorisation de son activité médicale de médecin de famille.



Proportion de médecins du groupe A dont l'HAD a remis en cause la manière de travailler

2 médecins non pas répondu à cet item.

Cependant, plus d'1 médecin sur 2 ressent encore le besoin d'une formation ou d'une information complémentaire sur l'HAD sous forme d'une FMC ou d'un groupe de travail pour près d'1/3 des médecins répondants.



Les types de formations souhaités par les médecins du groupe A

Il faut souligner qu'aucun médecin initié à l'HAD n'a retenu la presse ou "les semaines médicales" comme moyen pertinent de formation.

3 médecins non pas répondu à cet item.

A la question : « *dans quels domaines seraient-il pertinent de réaliser cette formation ou cette information ?* », seulement 5 médecins ont répondu en proposant des groupes de travail concernant des soins spécifiques et techniques comme l'alimentation parentérale, le maniement des antalgiques, les urgences,....

Par ailleurs, un "mémo", livret résumant l'HAD en pratique quotidienne, son mode d'organisation et d'emploi a également été proposé.

### **1.3.9. Le type de rémunération**

La rémunération à l'acte des visites en HAD a semblé le plus adéquat pour plus de 3/4 des médecins. Ce type de rémunération manifeste très certainement une volonté d'indépendance d'une profession libérale vis à vis d'une structure hospitalière.

### **1.3.10. Le suivi de l'enquête**

Enfin, 80 % des répondant ont souhaité recevoir les résultats de cette enquête témoignant par cela de leur participation active à ce mode d'organisation sanitaire et sociale que constitue l'HAD.

## **1.4 En résumé**

Ce groupe de médecins ayant eu une expérience en HAD est homogène.

On retrouve plutôt des médecins âgés en moyenne de 45 ans, exerçant en ville majoritairement, suivant tous des patients âgés ou dépendants. Il sont impliqués dans la formation et l'organisation de la profession.

Ils ont bien intégré l'HAD dans leurs pratiques professionnelles et sont eux-mêmes bien intégrés au sein de l'HADAM qu'ils perçoivent comme une structure d'action essentiellement sanitaire de prise en charge thérapeutique : c'est un traitement hospitalier à domicile pour les cancers, les soins palliatifs et les fins de vie principalement.

Par ailleurs, ils maîtrisent la prise en charge de la douleur et du maintien à domicile et sont en attente d'un complément de formation sous forme d'ateliers pratiques et d'un "vade-mecum"

## **2.ANALYSE DESCRIPTIVE DU GROUPE B**

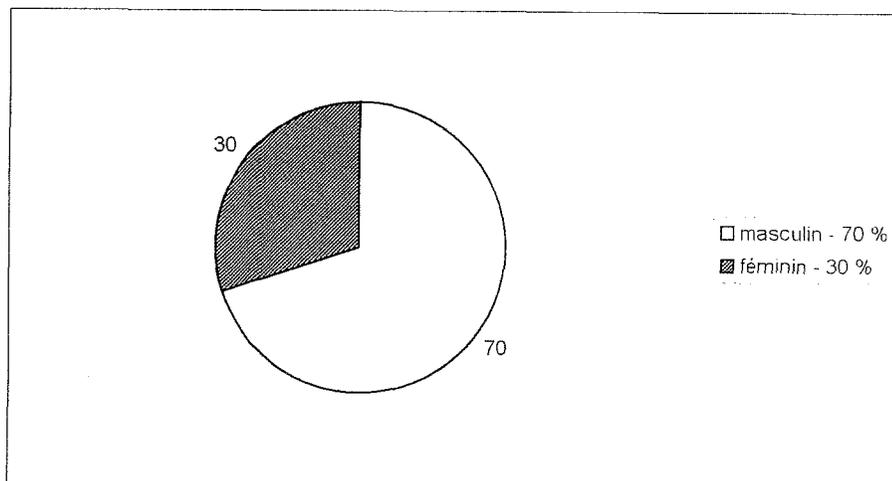
(non participants à l' HAD)

Sur 150 questionnaires envoyés, 45 médecins ont répondu dont 3 médecins salariés : (1 médecin SNCF, 1 médecin de PMI, 1 médecin du travail) et 1 médecin angéiologue. Ces 4 médecins n'ont donc pas été comptabilisés parmi les répondants du groupe B recensant exclusivement des médecins généralistes installés.

### **2.1. Profil des médecins n'ayant pas eu d'expérience en HAD**

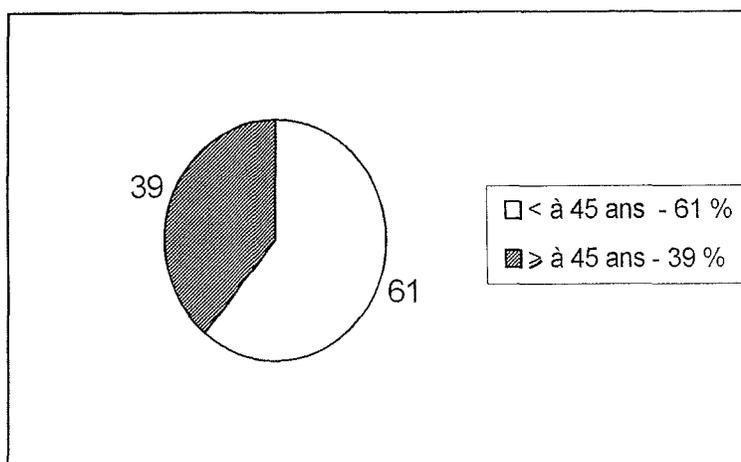
#### **2.1.1. Sexe et âge des professionnels**

70 % des répondants furent des hommes, 30 % des femmes (29 hommes pour 12 femmes)



Sexe des médecins généralistes du groupe B

Plus des 3/4 sont installés depuis moins de 20 ans et 2/3 ont moins de 45 ans.

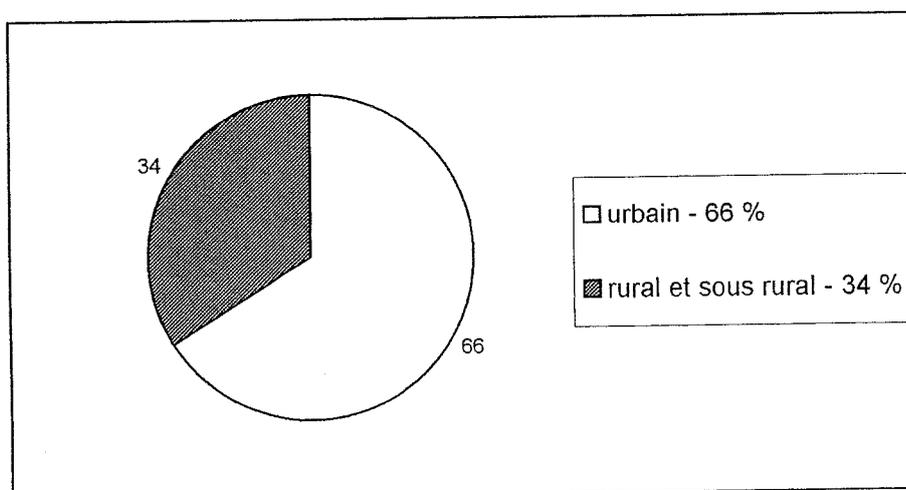


Age des médecins généralistes du groupe B

### **2.1.2. Type d'exercice professionnel**

Plus des 3/4 de ces médecins sont informatisés et exercent exclusivement la médecine générale en zone urbaine pour 2/3 d'entre eux.

Parmi, les exercices particuliers, on retrouve 5 médecins exerçant comme homéopathes, 1/3 disposent d'un diplôme post-universitaire (6 médecins disposant d'un DIU de médecine légale, 3 médecins ont des compétences en gériatrie et 4 en homéopathie).



Zone d'activité professionnelle des médecins généralistes du groupe B

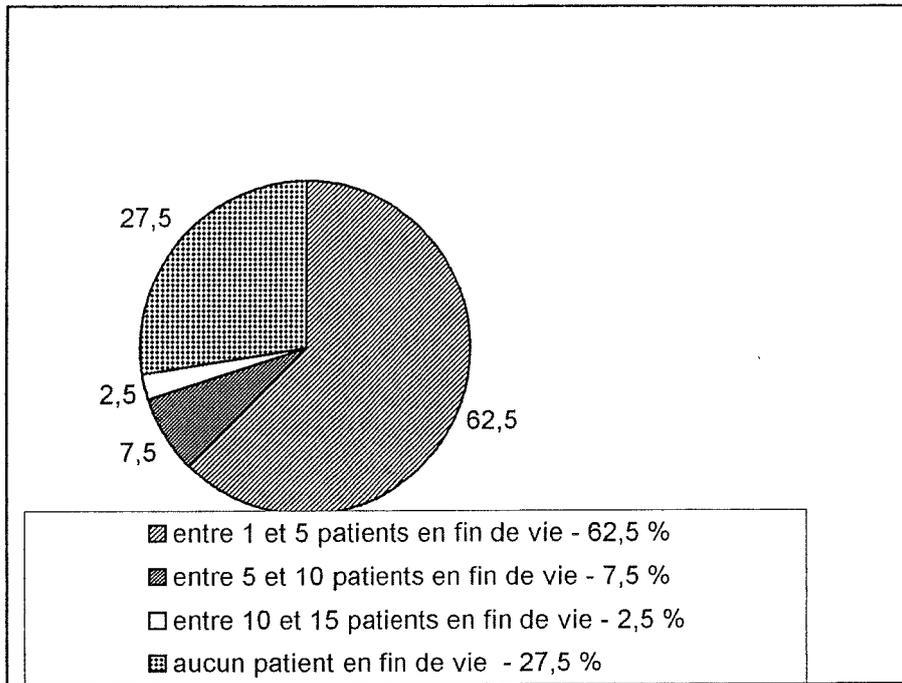
### **2.1.3. Proportion dans la patientèle**

#### ■ Personnes âgées et malades chroniques :

La proportion dans la patientèle de personnes âgées de plus de 65 ans ainsi que de malades chroniques retrouvent une médiane de 20 %.

■ Patients en fin de vie :

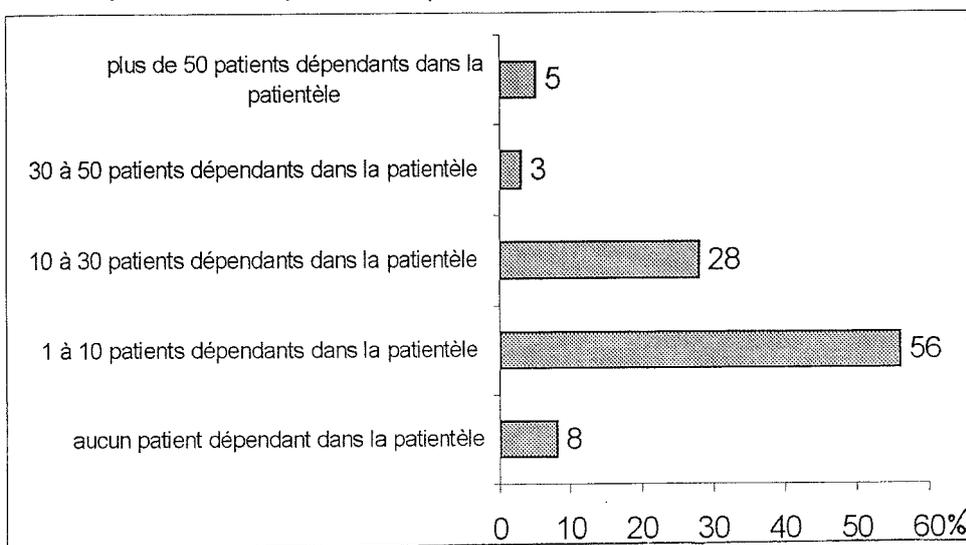
Près d'1/3 des médecins du groupe B n'ont aucun patient en fin de vie et près des 2/3 ont entre 1 et 5 patients en fin de vie.



Proportion de médecins du groupe B par patients en fin de vie

■ Patients dépendants :

Plus d'1 médecin sur 2 suit entre 1 et 10 patients dépendants et près d'1/3 ont entre 10 et 30 patients dépendants dans leur patientèle. 3 médecins ne suivait au jour de l'enquête aucun patient dépendant.

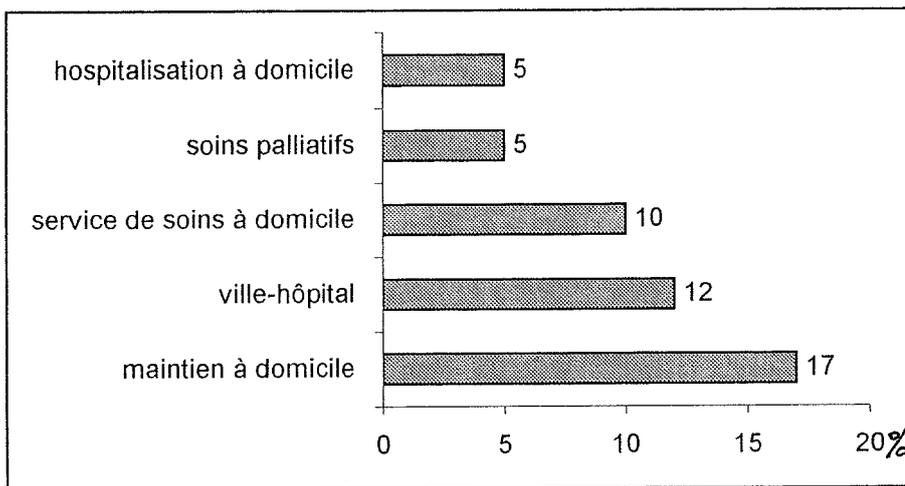


Proportion de médecins du groupe B par patients dépendants

#### **2.1.4. Actions participatives à des:**

##### **■ réseaux :**

Seulement 32 % de ces jeunes médecins ont une pratique de réseaux, essentiellement dans le maintien à domicile (17 % des médecins).

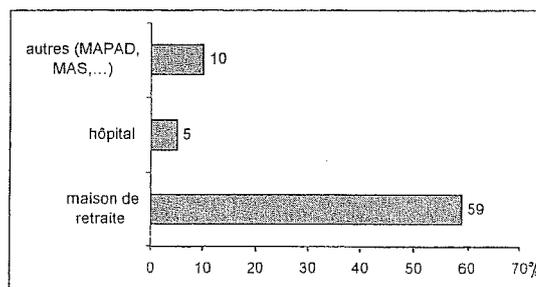


Proportion de médecins du groupe B collaborant à des réseaux d'activité

Il est à noter que 2 médecins ont répondu participer à un réseau d'HAD dénotant lors de l'exploitation des réponses données aux différents items du questionnaire une confusion nette avec le soin à domicile.

##### **■ institutions :**

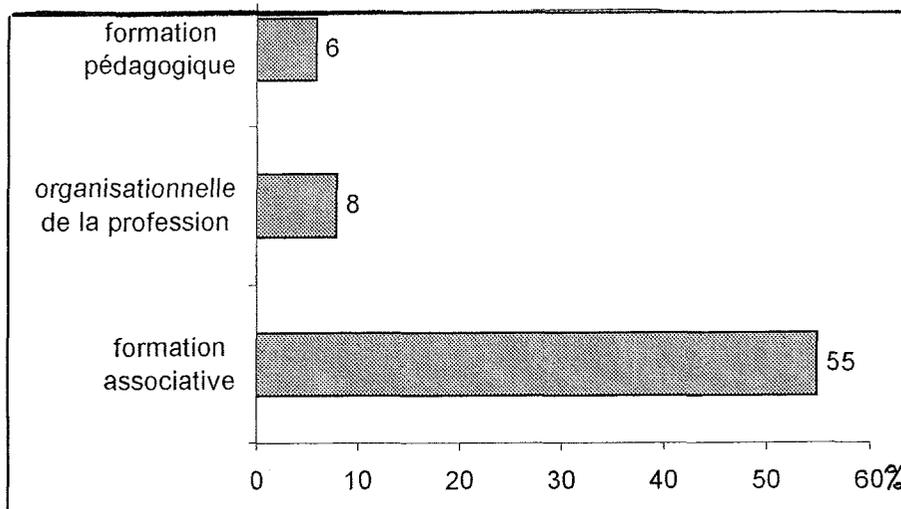
59 % des médecins interrogés interviennent en maison de retraite, moins de 5 % à l'hôpital.



Proportion de médecins du groupe B intervenant dans des institutions

■ formations :

Enfin, 45 % de ces médecins ne participent pas à une action de formation associative et plus de 90 % ne sont ni maître de stage en médecine générale, ni impliqués dans l'organisation syndicale ou ordinale de la profession.



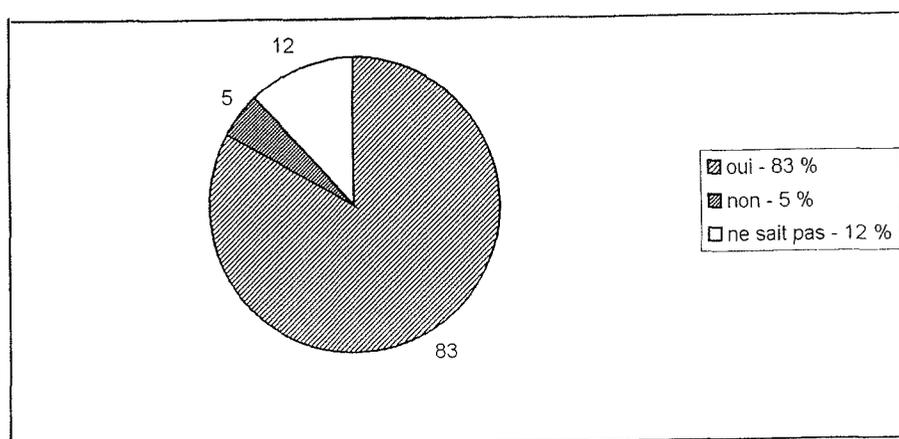
Proportion de médecins du groupe B participant à une action professionnelle

## **2.2 Connaissance générale de l'HAD**

### **2.2.1. La sectorisation géographique de l'HAD**

A la question : « *existe-t-il une structure HAD dans votre secteur géographique ?* », 83 % des médecins ont répondu oui, 12 % ne se sont pas prononcés et 5 % ont répondu non. Un seul médecin n'est pas favorable à la création d'une telle structure en s'interrogeant sur son intérêt.

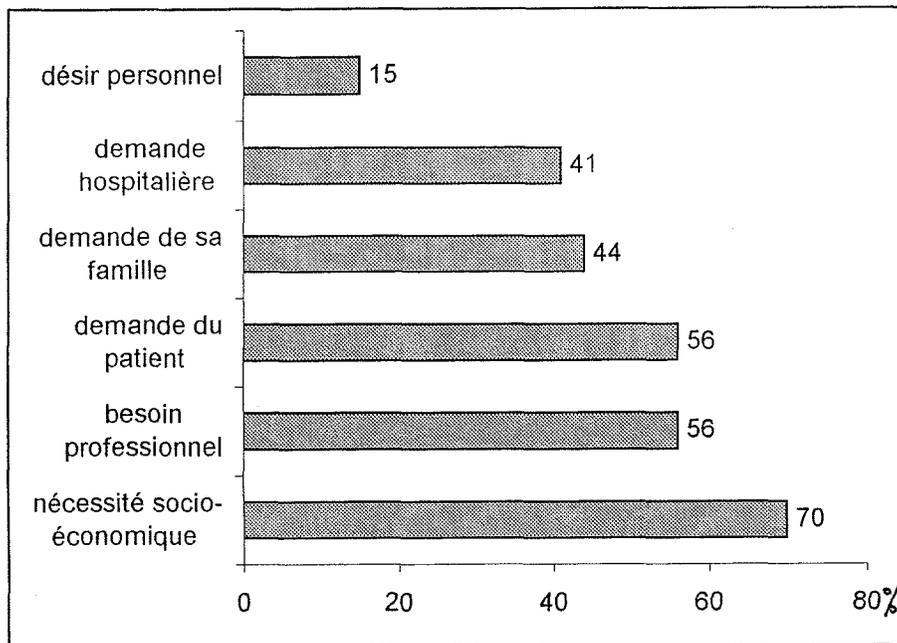
Ces réponses témoignent d'une bonne diffusion de l'information auprès de ces médecins lorrains et nous stimulent dans notre enquête pour dévoiler les motifs de non utilisation de l'HAD en pratique quotidienne.



Proportion de médecins du groupe B connaissant l'existence de l'HADAM

### **2.2.2. Les besoins en HAD**

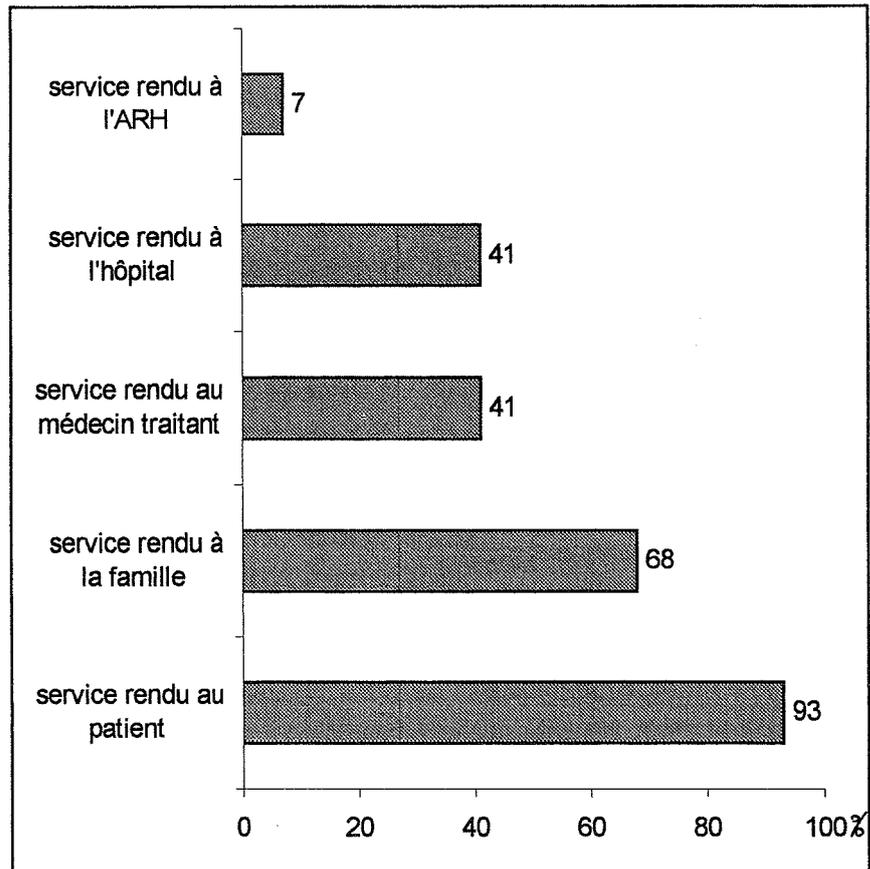
Pour 56 % des médecins, l'HAD répond à un besoin professionnel et à une demande du patient, 70 % jugent que l'HAD répond à une nécessité socio-économique sans pour autant, pour près d'1 médecin sur 2, correspondre à une demande hospitalière.



Estimation des besoins en HAD par les médecins du groupe B

### **2.2.3. Les services rendus par l'HAD**

L'HAD est vue comme un service rendu aux patients pour 93 % des répondants et à sa famille pour 68 % des médecins traitants. Seulement 41 % de ces médecins estiment que l'HAD est un service rendu à leur pratique et 44 % pour l'hôpital.



Estimation des services rendus par l'HAD pour les médecins du groupe B

L'HAD n'est donc pas perçue comme une aide à la prise en charge intensive d'un patient en ambulatoire, ni comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, serait-elle vue alors comme un substitut des services de soins à domicile ?

### **2.2.3. Le financement**

Par ailleurs, 13 % des médecins ne se prononcent pas quant à la prise en charge des frais inhérents à l'HAD, en particulier de l'assurance professionnelle.

## **2.3. Une pratique généraliste sans HAD : pourquoi ?**

### **2.3.1. Connaissance spécifique de l'HAD**

70 % de ces médecins non utilisant l'HAD estiment connaître ce mode de prise en charge, 22 % pas trop et 8 % reconnaissent leur méconnaissance de l'HAD.

On note qu'un seul médecin dans ce groupe avait déjà été sollicité pour suivre un patient en HAD et avait refusé car ce dernier ne lui était pas connu et par ailleurs avait " peur de manquer de temps ".

4/5 des médecins savent qu'ils peuvent prescrire une HAD témoignant de la bonne diffusion de l'information auprès des médecins de famille quant à ce mode de prise en charge.

### **2.3.2. Les motifs de non utilisation**

Les motifs de non utilisation de l'HAD sont très dispersés.

17 médecins n'ont pas répondu à cet item ainsi qu'aux suivants témoignant probablement d'une indécision quant aux indications d'une hospitalisation à domicile et une méconnaissance des critères de fonctionnement de la structure.

Cette interprétation nous semble d'ailleurs vérifiée par les réponses obtenues.

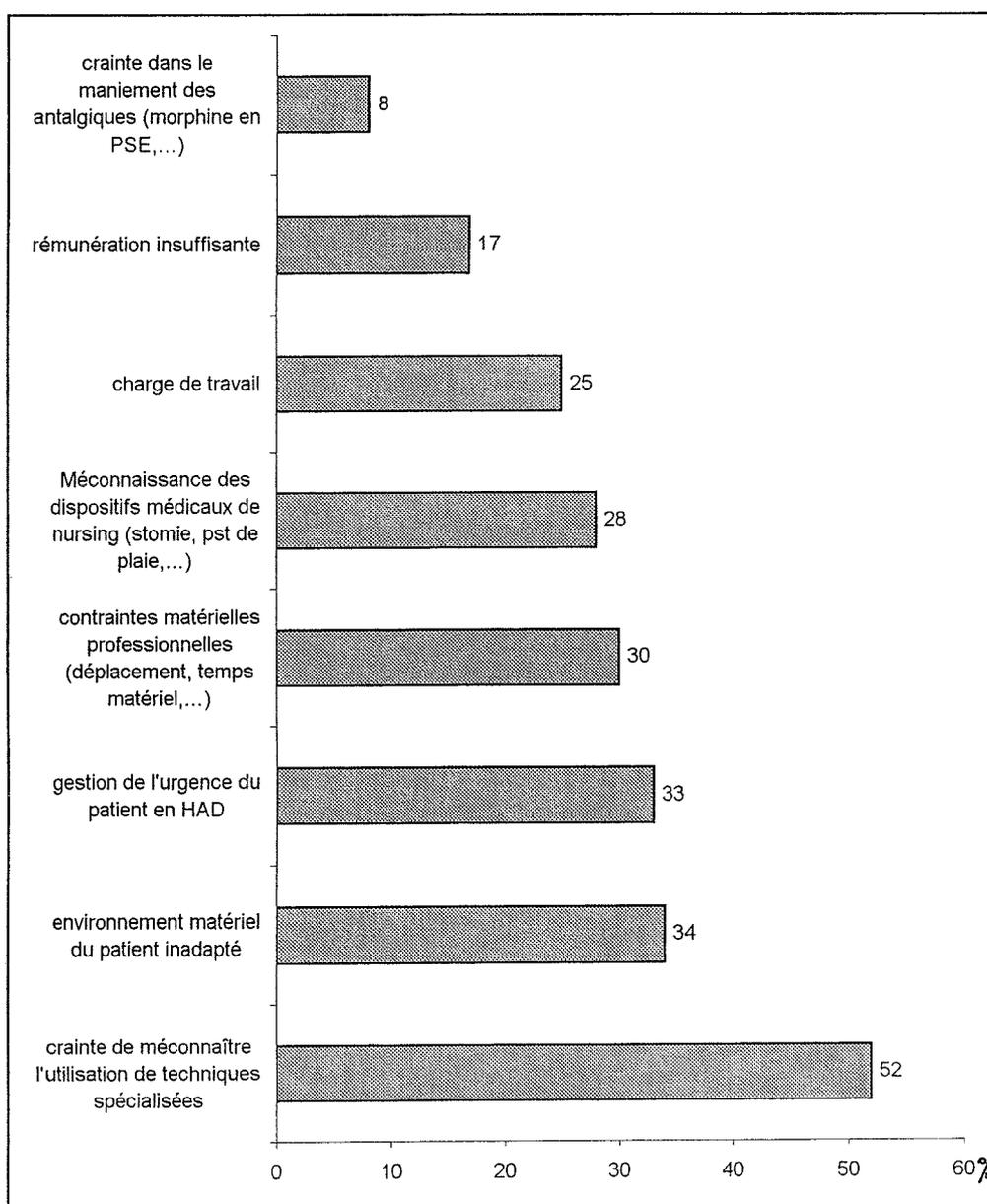
On peut synthétiquement les répartir en :

#### ■ motifs techniques :

1/3 des médecins ont exprimé leur crainte de méconnaître l'utilisation de dispositifs médicaux de nursing au cours de l'HAD. Cette crainte s'élève à près d'1 médecin sur 2 pour l'utilisation de techniques spécialisées.

1/3 des médecins jugent que la gestion d'une urgence en HAD serait contraignante.

Par ailleurs, 1/4 ont souligné la charge de travail inhérente à ce nouveau mode de prise en charge expliquant que celle-ci n'est pas vue comme un service rendu à sa pratique quotidienne ni utilisé au quotidien



Proportion de médecins du groupe B n'utilisant pas l'HAD pour des raisons techniques

■ motifs psycho-sociaux :

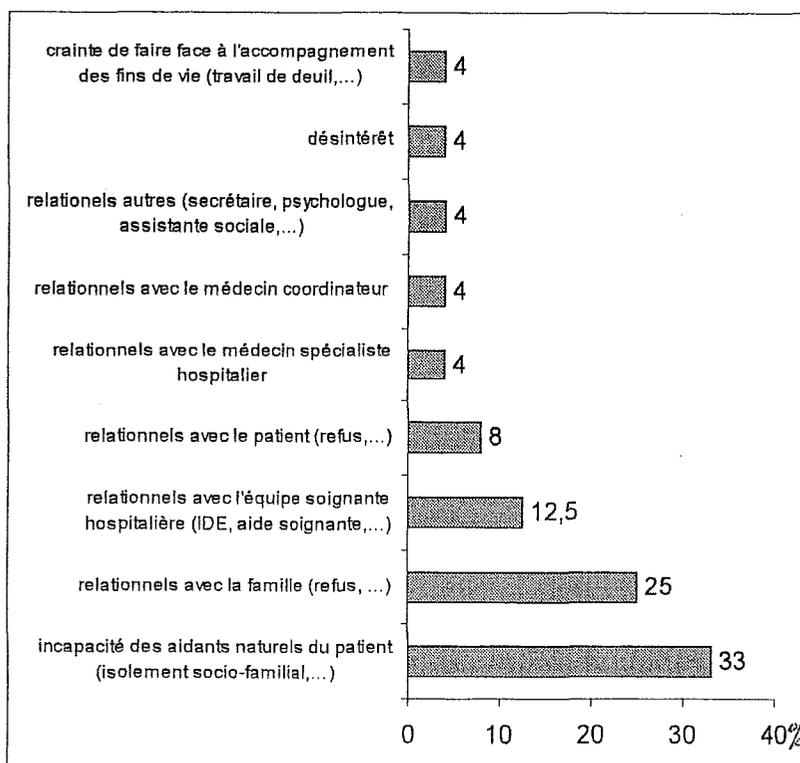
1/4 des médecins n'utilisent pas l'HAD en raison de refus des familles et 12.5% des médecins de ce groupe B expriment des craintes relationnelles avec l'équipe soignante hospitalière et déplorent la non intégration de l'équipe soignante libérale de leurs patients.

1/3 des médecins évoquent l'incapacité des aidants naturels du patient (isolement socio-familial,...) et un environnement matériel inadapté pour justifier leurs motifs de non recours à l'HAD.

3/4 des répondants ne notent pas au jour de l'enquête dans leurs consultants de patients relevant d'une hospitalisation à domicile laissant suggérer qu'un recours possible à ce mode prise en charge serait possible à l'avenir.

Un seul médecin évoque son désintéret quant à ce mode de prise en charge.

Enfin, aucun médecin n'évoque de difficulté déontologique concernant le partage du secret médical.



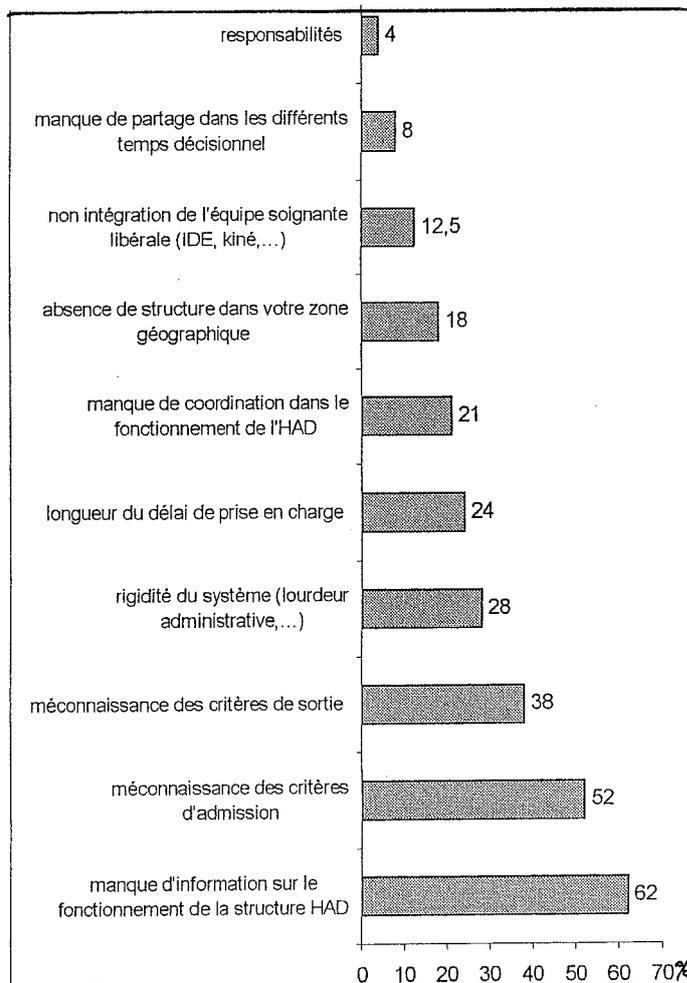
Proportion de médecins du groupe B n'utilisant pas l'HAD pour des raisons psycho-sociales

■ motifs liés à la structure :

Près de 2/3 des médecins soulignent le manque d'information sur le fonctionnement de la structure : plus d'1 médecin sur 2 méconnaissent les critères d'admission ; plus d'1/3 méconnaissent les critères de sortie.

Près d'1/3 des médecins généralistes préjugent d'une lourdeur lors de la mise en place du système qui pourrait être liée à une rigidité administrative possible et ne veulent pas s'embarrasser de nouvelles contraintes matérielles professionnelles (déplacement, temps matériel,...).

1/4 de ces médecins n'ayant jamais eu d'expérience en HAD soulignent la nécessité d'une bonne coordination afin de diminuer le délai de prise en charge.



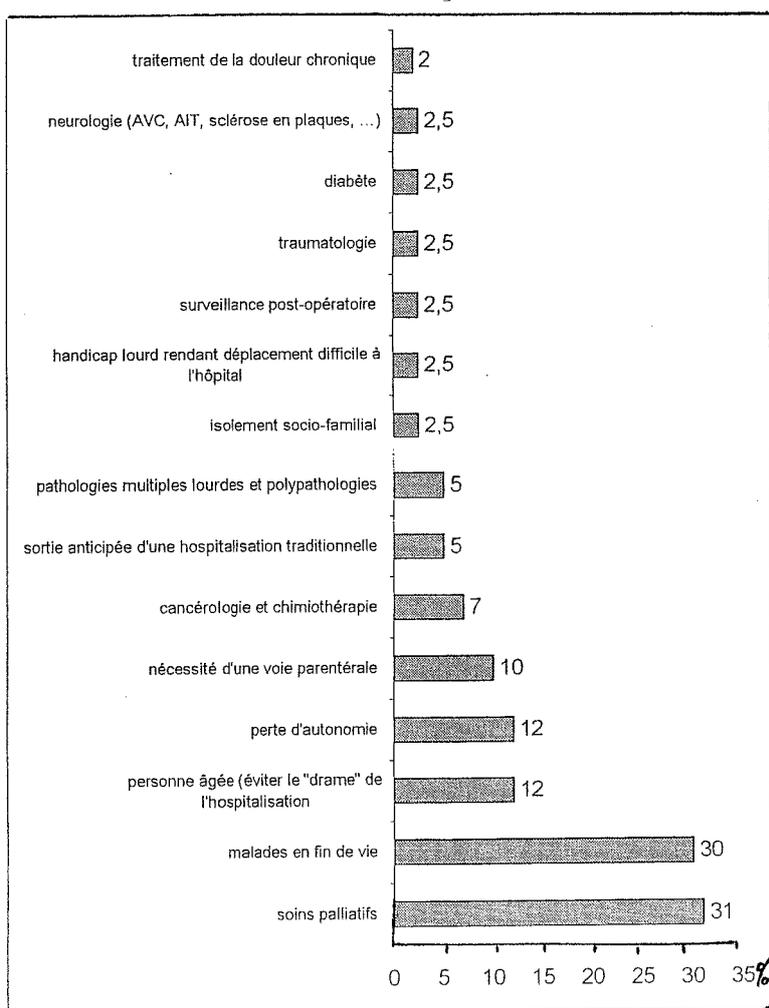
Proportion de médecins du groupe B n'utilisant pas l'HAD pour des raisons structurelles

Les médecins de ce groupe, qui n'ont jamais exercé dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, connaissent donc ce concept mais évaluent mal ce qu'il recouvre .

### 2.3.3. Les types de patients

Parmi les patients qui peuvent bénéficier d'une HAD chez ce groupe de médecins, de nombreux participants à cette enquête n'ont pas répondu à cet item (17 non répondants) corroborant la mauvaise analyse des critères d'admission en HAD décrit précédemment.

Parmi les répondants, on note que 17 % des médecins ne retrouvent actuellement aucun patient relevant d'une HAD parmi leur patientèle.

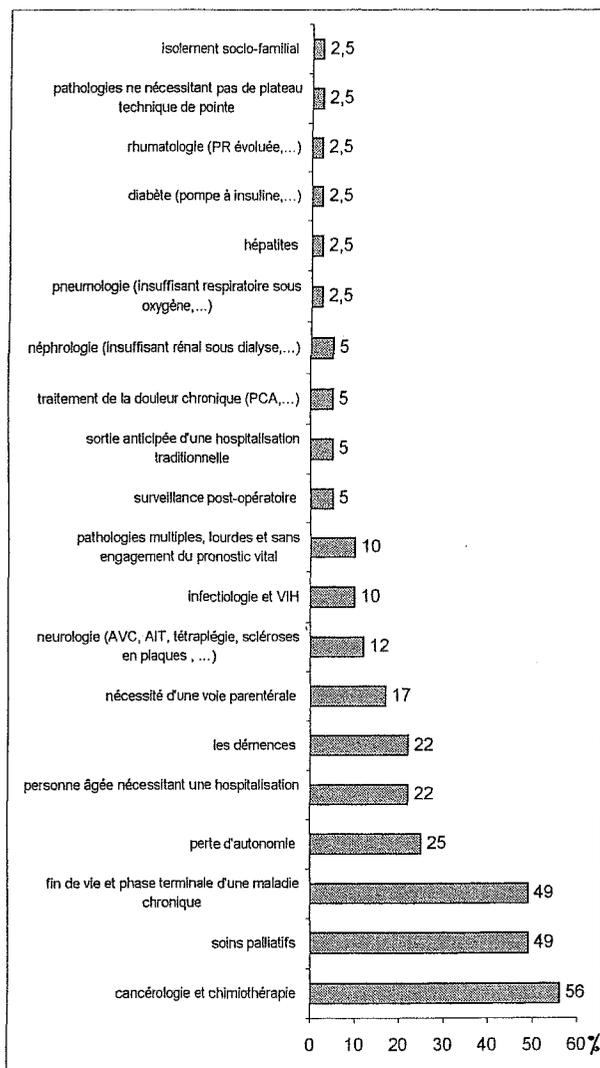


Estimation des besoins en HAD pour leurs patients par les médecins du groupe B

Deux médecins ont indiqué comme dans le groupe A que tout patient pourrait bénéficier d'une HAD si son état de santé le justifie.

### 2.3.4 Les types de pathologies

Pour les types de pathologies relevant d'une HAD, les répondants ont cité :



Estimation des types de pathologies relevant d'une HAD par les médecins du groupe B

25% des médecins de ce groupe pensent que l'HAD pourrait être destiné à la prise en charge des pertes d'autonomie notamment dans le cadre des syndromes démentiels évolués (22 %). Il y a donc confusion très nette avec le maintien à domicile.

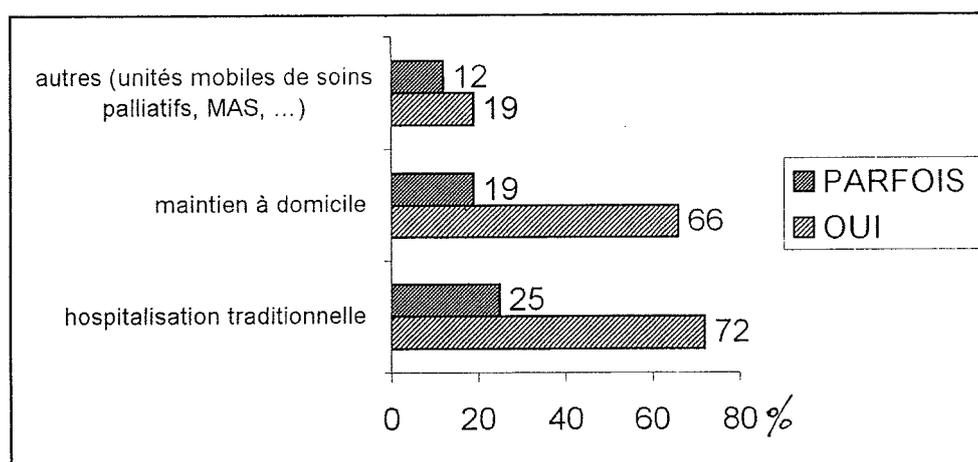
Un seul médecin pense que l'HAD pourrait prendre en charge des pathologies qui ne nécessitent pas de plateau technique de pointe ni une hospitalisation confondant très franchement l'HAD avec le soin à domicile.

22 % des médecins ont répondu ne pas savoir quelles pouvaient être les pathologies relevant d'une indication précise d'une HAD.

### **2.3.5. Les alternatives à l'HAD.**

Pour les patients relevant d'une HAD, ce groupe de médecins a recours :

- à l'hospitalisation traditionnelle (72 % des cas)
- au maintien à domicile (66 % des cas)
- à d'autres structures (19 % des cas) : hôpital de jour, maison d'accueil spécialisée, unités de soins palliatifs mobiles.



Les modes de recours alternatifs à l'HAD des médecins du groupe B

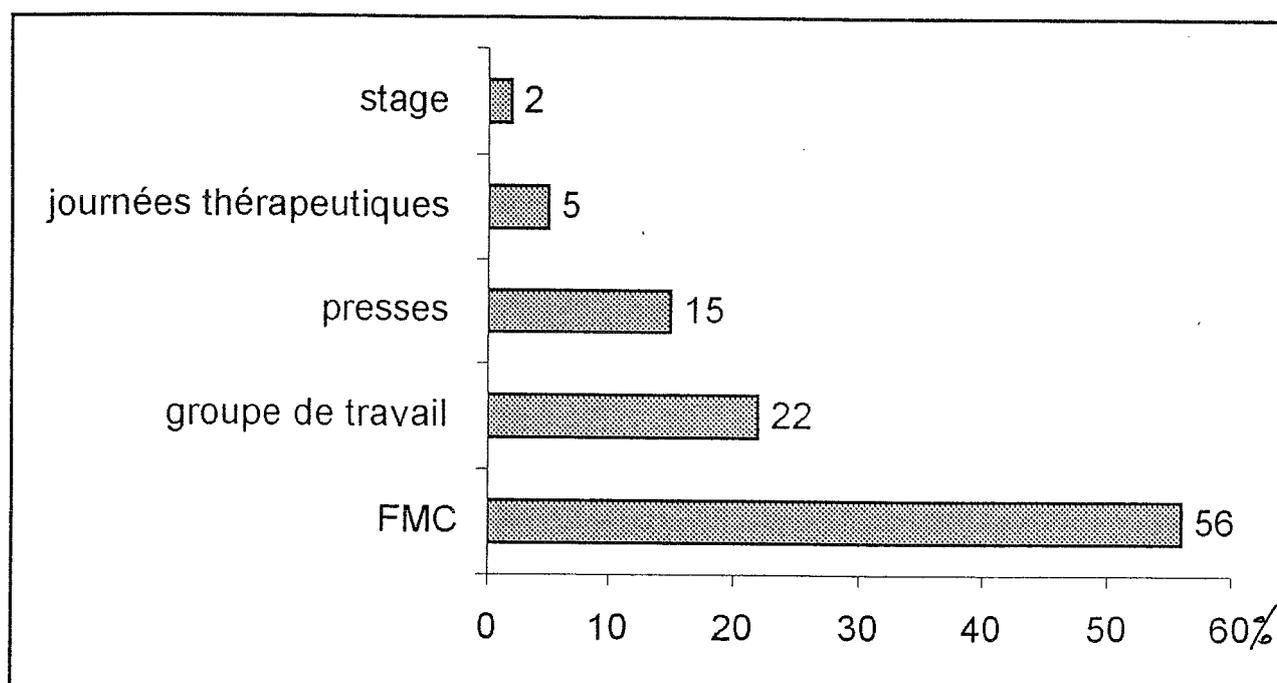
Indiscutablement, il persiste dans ce groupe une confusion très nette entre soin à domicile et hospitalisation à domicile ; cela a déjà été retrouvé dans l'étude du CREDES [20].

### **2.3.6. Le type de rémunération**

La rémunération à l'acte est le plus adéquat pour plus de 3/4 de ces jeunes médecins ce qui correspond à leur choix de carrière d'une activité professionnelle libérale.

### **2.3.7. Les besoins en formation**

Près des 3/4 des médecins ressentent le besoin d'une formation ou d'une information complémentaire sur l'HAD et près d'1 médecin sur 2 sous forme de FMC et 1 sur 5 en groupe de travail. La presse comme moyen de formation n'est retenue que par seulement 3 médecins.



Les types de formations demandés par les médecins du groupe B

Les domaines où il serait pertinent de réaliser cette formation ou cette information retenus sont pour les 15 médecins répondants à cet item :

→ techniques pour plus d'1 médecin sur 2 : alimentation parentérale, aide technique à domicile, gestes techniques, dispositifs médicaux de nursing, ...

→ des réunions de présentations des différents intervenants afin d'améliorer leur coordination et de définir le rôle de chacun sont également évoqués,

→ un stage pratique avec le médecin coordinateur est même proposé,

→ une information concernant un certain nombre de pathologies (cancérologie, hématologie, ...) est jugée nécessaire,

→ enfin, une information complémentaire sur les modalités de fonctionnement administratif et les actions médico-sociales de la structure est souhaitée,

→ par ailleurs, il est suggéré de réaliser "un vade-mecum" précisant les indications préférentielles de l'HAD et les modalités pratiques de mise en œuvre,

→ un médecin souligne la nécessité de ne pas oublier le côté spirituel dans la prise en charge du patient contribuant à une globalité satisfaisante à la fois médicale, sociale, économique et spirituelle.

### **2.3.8. Le suivi de l'enquête**

Plus de 4/5 des médecins de ce groupe B sont également intéressés par les résultats de cette enquête confirmant leur intérêt positif quant à cette modalité de prise en charge.

## **2.4. En résumé**

Ce groupe de médecins n'ayant jamais eu d'expérience en hospitalisation à domicile est hétérogène dans ses motifs de non utilisation de l'hospitalisation à domicile.

Il est constitué par de jeunes médecins, installés depuis moins de 20 ans, d'activité essentiellement urbaine. Ils sont bien formés à la prise en charge de la douleur et connaissent la possibilité de l'hospitalisation à domicile mais évaluent mal ce que regroupe ce concept, le confondant même souvent avec le soin à domicile (2/3 des répondants).

Ils sont également demandeurs d'une information plutôt sous forme de FMC et d'une formation par des stages pratiques au sein de la structure afin de préparer une participation efficace à une hospitalisation à domicile pour leurs patients si leur état le justifie.

Pour 1/4 de ces médecins, l'hospitalisation à domicile est perçue comme une charge de travail supplémentaire et n'estiment pas ce mode de prise en charge comme un service rendu à leur pratique professionnelle et ...probablement à leur qualité de vie.

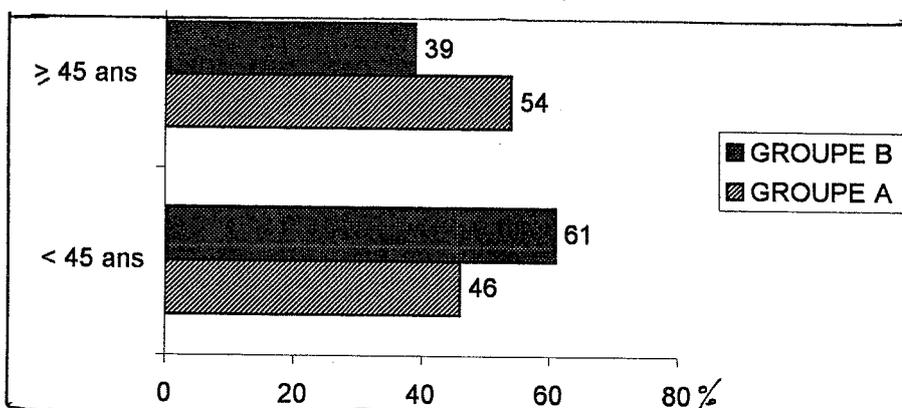
### **3. ANALYSE COMPARATIVE DES DEUX GROUPES**

Le nombre des effectifs n'étant pas important, nous ne pourrions en général qu'évaluer des tendances statistiques.

Nous avons également présenté cette comparaison sous une forme quelque peu voltairienne par souci didactique.

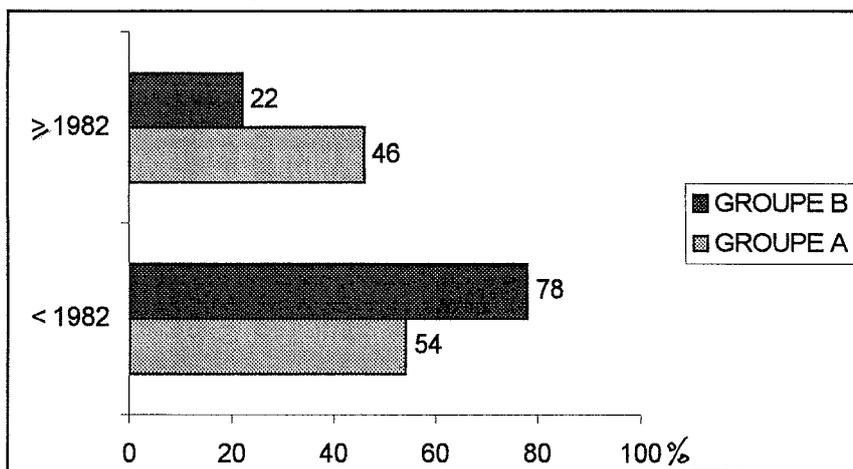
#### **3.1. Où l'on voit que les modernes ne sont pas toujours ceux que l'on croit !**

Les médecins du groupe A (ayant eu une expérience en HAD) sont plus âgés (54 % ont plus de 45 ans) que ceux du groupe B (61 % ont moins de 45 ans).



Proportion de médecins âgés de plus de 45 ans dans les deux groupes

46 % sont installés depuis plus de 20 ans que ceux du groupe B (78 % sont installés depuis moins de 20 ans).



Proportion de médecins installés depuis plus de 20 ans dans les deux groupes

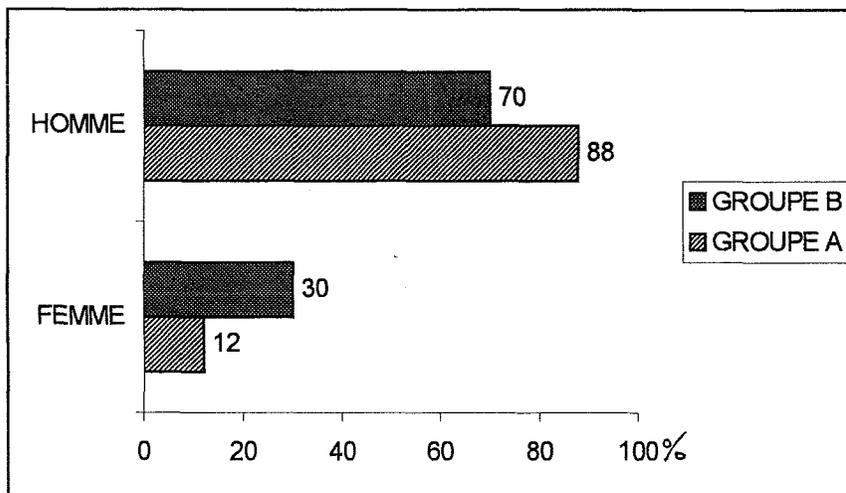
Les seniors sont donnés significativement (  $p=0.05$ ) plus réceptifs à cette nouveauté que constitue l'HAD en Lorraine à la fois probablement par sollicitation mais aussi par convictions.

**Année d'installation**

	< 1982	≥ 1982
GROUPE A	54 %	46 %
GROUPE B	78 %	22 %

(P = 0,05)

On retrouve, par ailleurs un peu plus de femme dans la nouvelle génération de médecins, ce qui confirme la féminisation croissante de la profession.

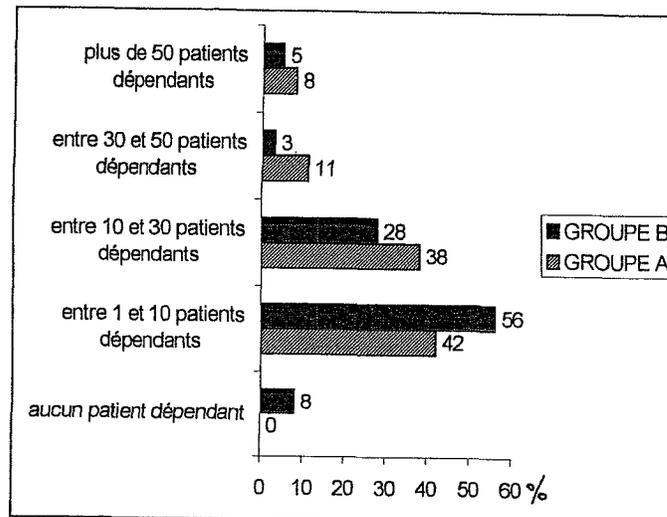


Répartitions des sexes dans les deux groupes

Enfin, l'outil informatique s'est généralisé dans la pratique courante des deux groupes pouvant être dès lors proposé comme un outil de communication utile, rapide et efficace dans le cadre d'un dossier unique du patient informatisé.

### **3.2. Où l'ont voit la persistance d'une confusion HAD/maintien à domicile**

Près des 2/5 des médecins du groupe A ont entre 1 et 10 voire 10 et 30 patients dépendants alors qu'1 praticien sur 2 du groupe B a entre 1 et 10 personnes dépendantes dans leur patientèle et 1 sur 3 ont entre 10 et 30 personnes dépendantes.



Analyse comparative des deux groupes par patients dépendants

Il est à noter cependant que 3 médecins du groupe B n'ont aucun patient dépendant alors que tous les médecins du groupe A ont au moins 1 patient dépendant.

Bien que les médecins du groupe B suivent moins de patients dépendant à domicile que le groupe A, ils font plus souvent partie d'un réseau de maintien à domicile que le groupe A (17 % versus 8 %).

Cependant, 3/4 des médecins qui ont déjà participé à une hospitalisation à domicile ont également la maîtrise du maintien à domicile dont 1/4 grâce à l'HAD qui leur a permis de développer la capacité de mise en œuvre de ce maintien à domicile.

Dans ce groupe A, il semble donc que la confusion entre service de soin à domicile et hospitalisation à domicile soit définitivement levée.

Enfin, 66 % des médecins du groupe B ont recours au maintien à domicile pour des patients relevant d'une HAD. En toute rigueur, ces patients ne devraient pas relever d'un maintien à domicile puisque par définition le seul recours possible aurait été une hospitalisation traditionnelle.

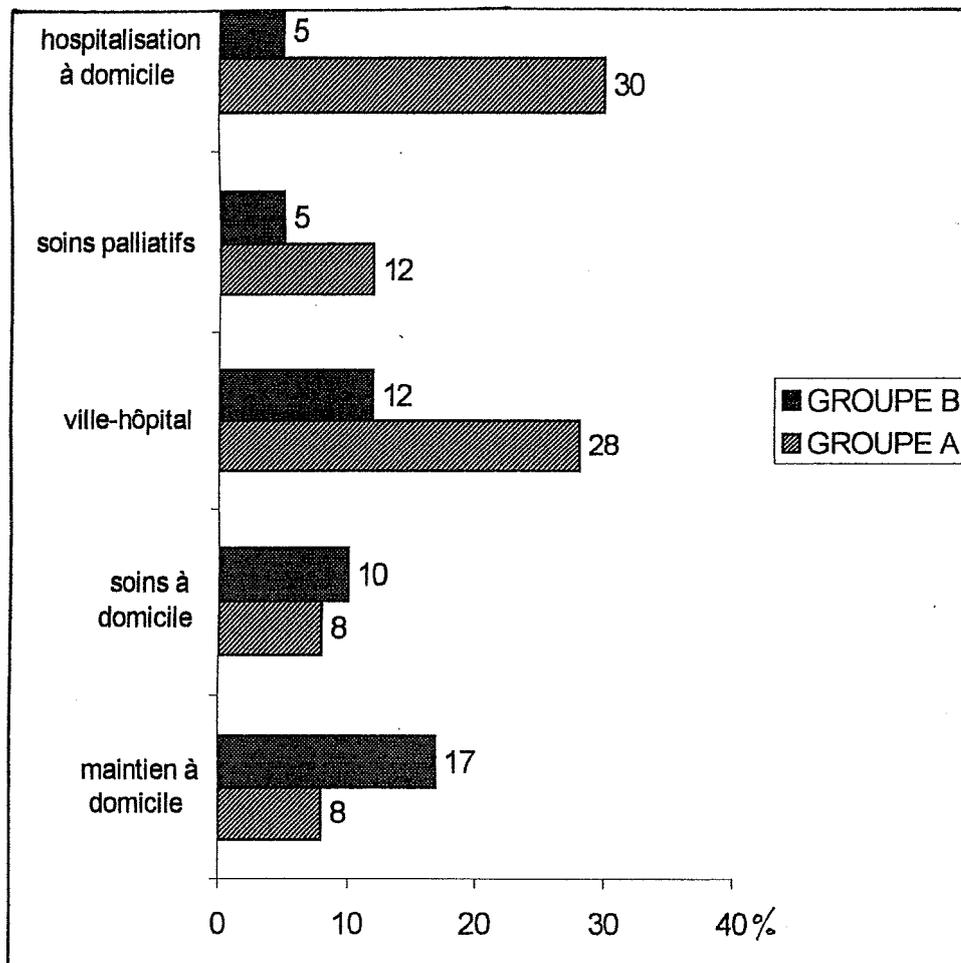
La confusion entre maintien à domicile et hospitalisation à domicile persiste donc dans ce groupe B.

Pourtant, l' HAD n'est pas une alternative aux soins courants à domicile, mais... les préjugés sont tenaces et même entretenus sur le terrain... !

### **3.3 Où l'on voit certains médecins généralistes se méfier de certains réseaux**

Moins d'1 médecin sur 2 du groupe A a déjà participé à un réseau d'activité professionnelle, moins d'1/3 des médecins du groupe B. Il y a donc une méfiance de nombreux médecins généralistes vis à vis de certains réseaux vécue comme une concurrence déloyale de l'hôpital qui recrée une consultation de jour " hors les murs " et une contrainte matérielle supplémentaire.

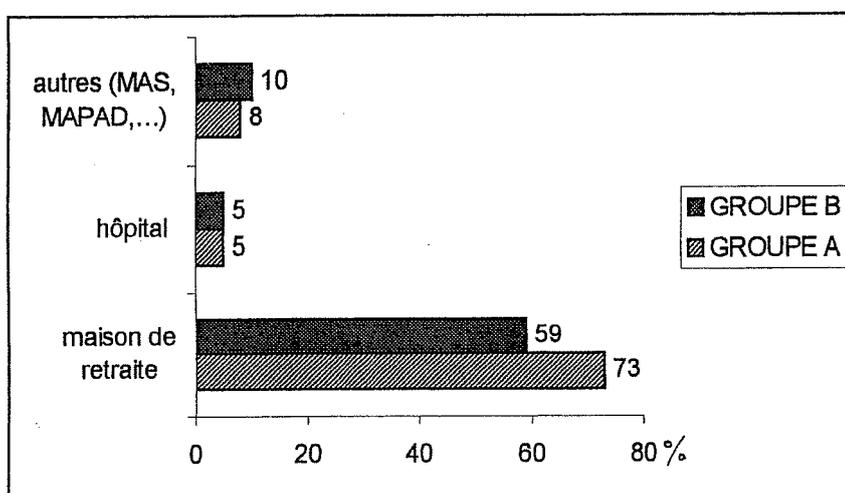
70 % des médecins du groupe A ne considèrent cependant pas l'HAD comme une pratique en réseau probablement en raison de la qualité relationnelle avec l'équipe soignante, le médecin coordinateur et surtout le médecin hospitalier (80% de satisfaits pour ce dernier).



Analyse comparative des deux groupes selon participation à des réseaux

Par ailleurs, les médecins du groupe A interviennent dans des institutions plus fréquemment que les médecins du groupe B (73 % en maison de retraite versus 59 %).

Il est à noter également que les interventions des médecins généralistes à l'hôpital sont marginales (5%).



Analyse comparative des deux groupes selon intervention en institution

**3.4 Où l'on voit les médecins impliqués dans la vie de la profession l' être également dans la participation à la prise en charge en HAD de leurs patients**

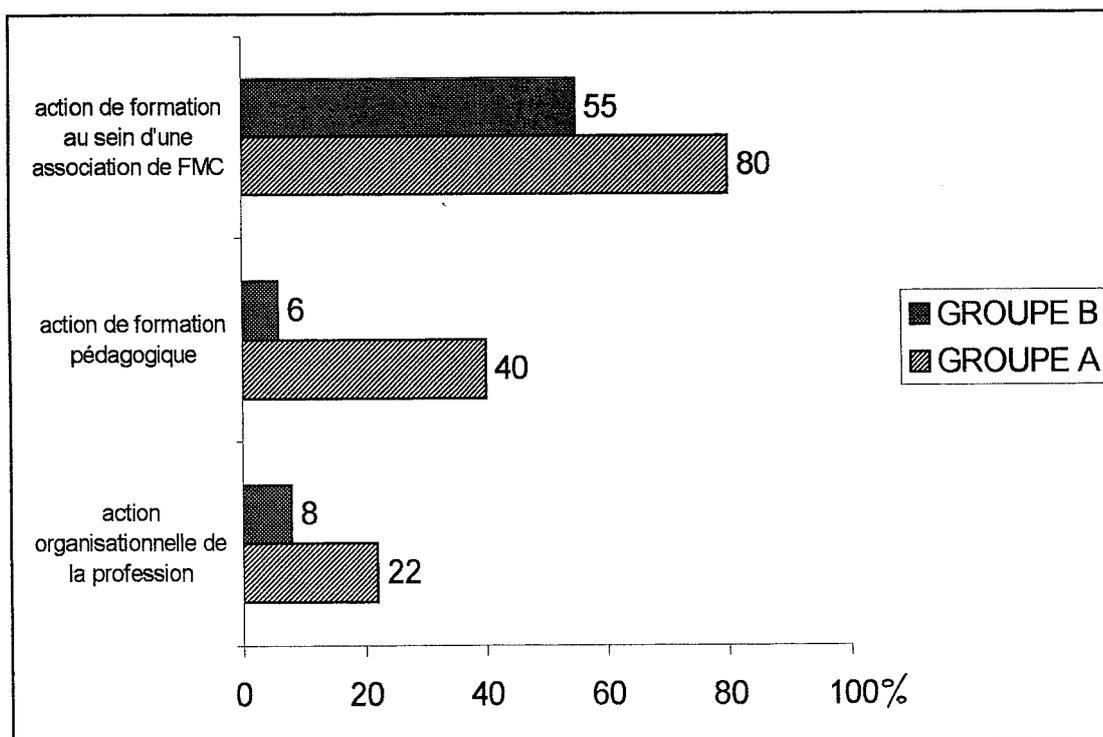
Alors que 80 % des médecins du groupe A ont une action de formation pédagogique (maître de stage), organisationnelle de la profession ou de type FMC, seulement 55 % des médecins du groupe B participent à une action de FMC.

Cette différence est même statistiquement significative( $p=0.06$ ).

**Participation à une action de formation au sein d'une association de FMC**

	OUI	NON
GRUPE A	80 %	20 %
GRUPE B	55 %	45 %

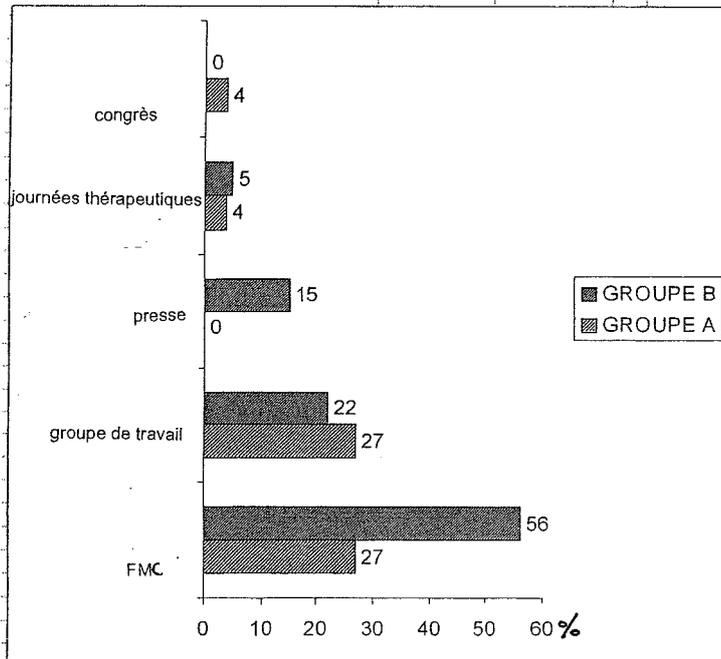
(P = 0,06)



Analyse comparative des deux groupes selon participation à des actions professionnelles

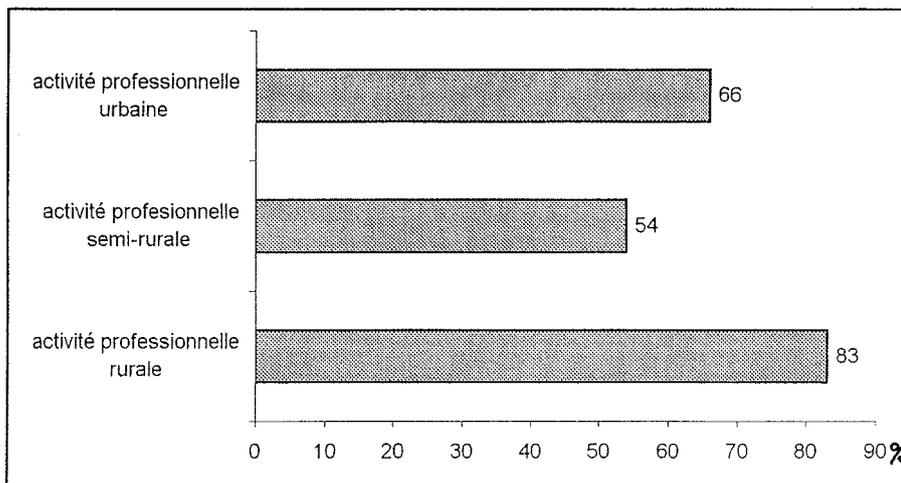
### 3.5 Où l'on voit un besoin de formation toujours présent

Quelque soit le groupe étudié, un besoin de formations ou d'informations complémentaires concernant l'HAD est toujours existant plutôt sous forme de FMC lorsqu'il s'agit du groupe B (56 % versus 22 % pour le groupe de travail) et sous forme de groupe de travail au sein d'une FMC lorsqu'il s'agit du groupe A (54 %).



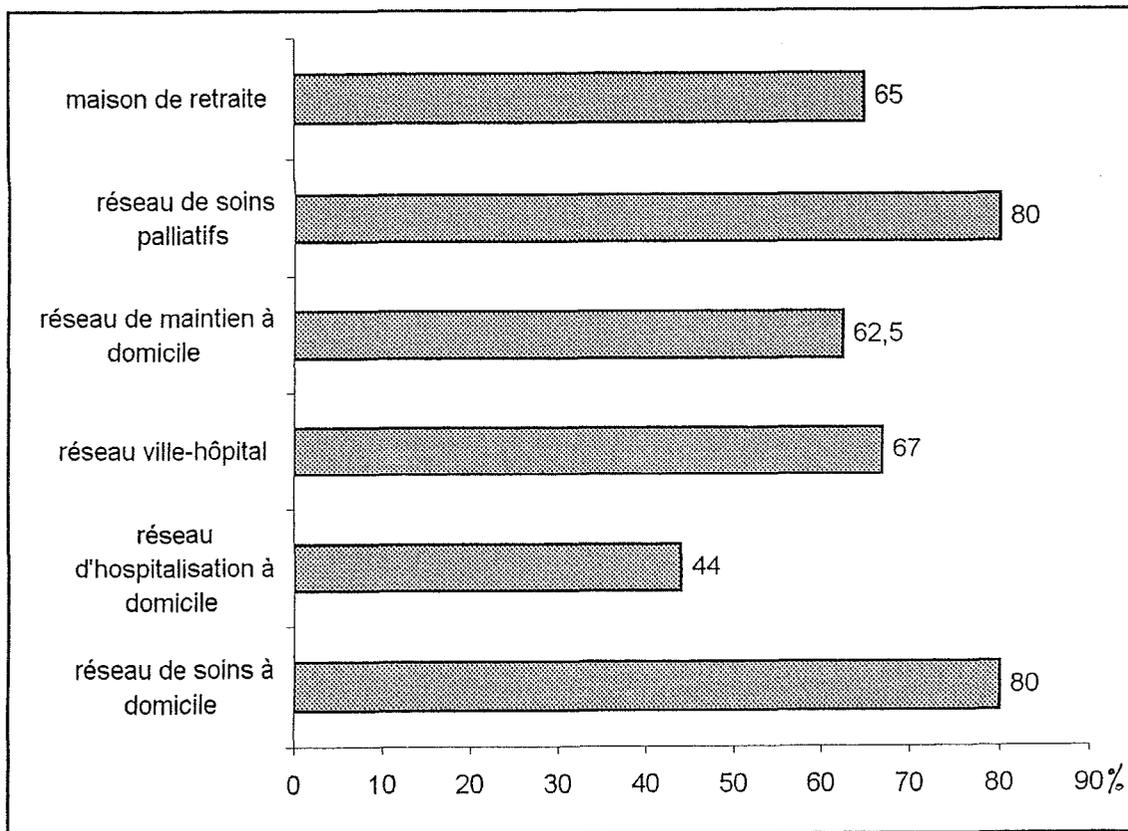
Analyse comparative des deux groupes selon modes de formations souhaitées

83 % des médecins installés à la campagne sont également demandeurs d'une formation contre 66 % des médecins exerçant au niveau urbain.



Analyse comparative du souhait de formation selon le lieu d'exercice professionnel

Par ailleurs, les médecins qui participent à un réseau de soins à domicile ou de soins palliatifs sont aussi ceux qui demandent le plus de formation (80 %), en particulier dans les domaines techniques : alimentation parentérale, réhydratation, maniement des antalgiques,....



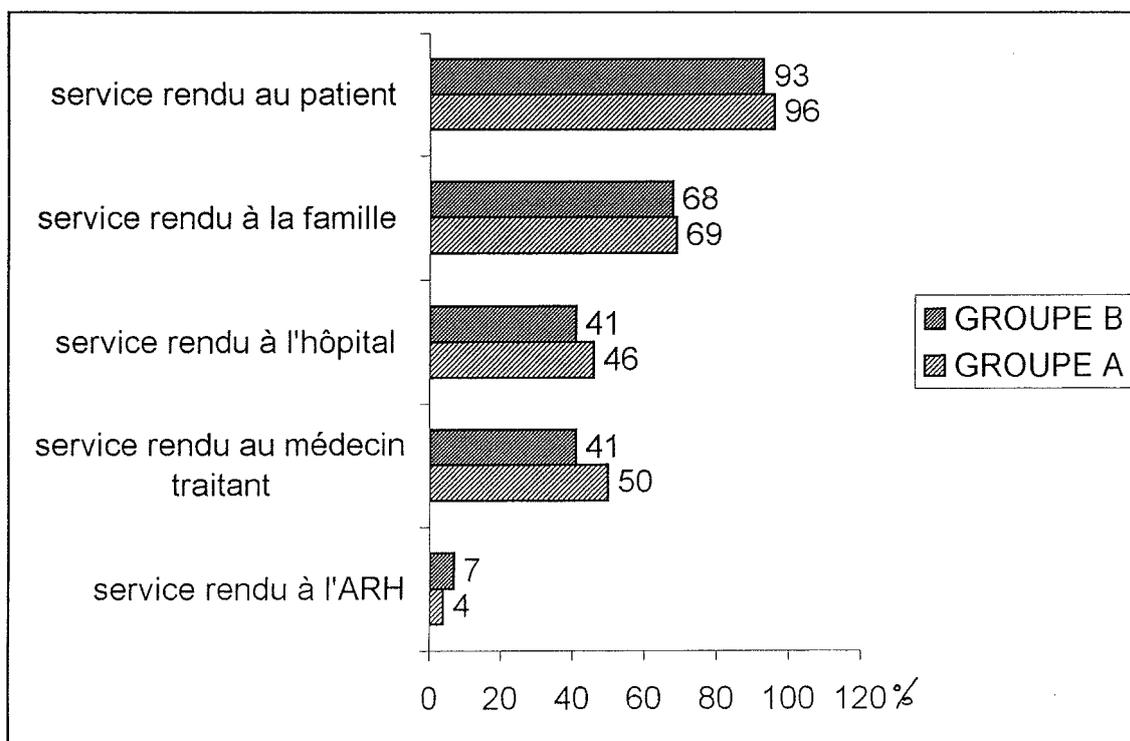
Analyse comparative du souhait de formation selon l'appartenance à un réseau professionnel

Ces données diffèrent d'une enquête précédente [57] qui n'avait évalué cependant que des médecins ayant déjà eu une expérience en HAD.

### **3.6 Où l'on voit l'HAD comme un outil de santé publique**

1 médecin sur 2 du groupe A estiment que si l'HAD est un service rendu à sa pratique professionnelle, elle ne l'est pas forcément pour l'hôpital : l'HAD dans ce groupe est donc utilisé comme un outil complémentaire en soins primaires.

Plus d'1 médecin sur 2 du groupe B n'envisage pas l'HAD comme un service rendu à leur pratique ou à l'hôpital : l'HAD n'est donc pas perçu comme une aide à la prise en charge intensive d'un patient en médecine ambulatoire, ni comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle .Elle est dans ce groupe non initié à l'HAD confondu avec les services de soins courants à domicile.



Analyse comparative dans les deux groupes des services rendus par l'HAD

Pourtant, près de 70% des médecins des deux groupes estiment que l'HAD répond à un besoin socio-économique, plus de 90 % estiment que ce mode prise en charge est un service rendu au patient.

### **3.7. Où l'on voit d'abord l'HAD comme une structure sanitaire**

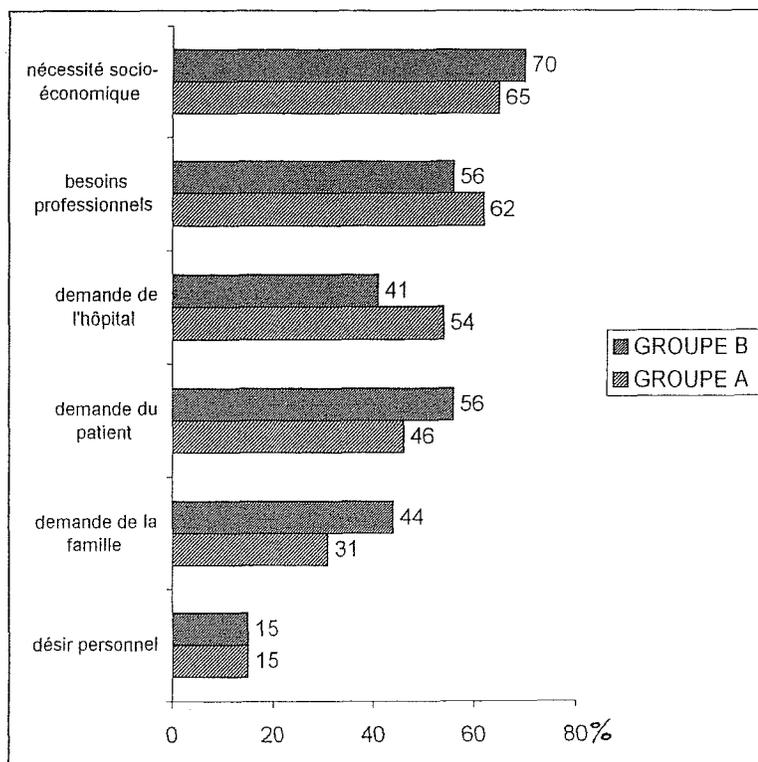
Le rôle social de l'HAD reste à définir pour 1 médecin sur 2 du groupe A et n'est pas évoqué par le groupe B.

L'HAD est donc surtout perçu comme un mode prise en charge médical d'un patient dont le rôle social demeure inapparent ou non considéré comme tel.

### **3.8. Où l'on voit la persistance d'une méconnaissance des usagers de cette offre de soins**

Plus d'1 médecin sur 2 et plus des 2/3 des médecins du groupe A n'enregistrent pas respectivement de demande des patients ou des familles.

Pour le groupe B plus d'1 médecin sur 2 ne notent aucune doléance des familles.



Analyse comparative dans les deux groupes des besoins estimés en HAD

Il persiste donc une méconnaissance de cette offre de soins par les usagers.

### **3.9. Où l'on voit l'enthousiasme des uns et l'intérêt des autres**

80% des médecins du groupe A souhaitent recevoir les résultats de cette enquête, 92% sont satisfaits de leur expérience au sein de l'hospitalisation à domicile.

84% des médecins du groupe B souhaitent également recevoir les résultats de cette enquête .

Cet enthousiasme et cet intérêt est prometteur pour l'avenir d'autant que le médecin traitant est dorénavant prescripteur possible de cette offre de soin.

### **3.10. Où l'on voit que l'HAD ira pour le mieux dans le meilleur des systèmes de santé possible.**

Ces résultats nous encouragent à l'optimisme concernant l'hospitalisation à domicile.

Le nouvel espace actuel de la médecine générale en gestation ainsi que la réorganisation du système de santé appelé à favoriser les soins ambulatoires nous autorise à écrire sans exagération que l'HAD trouvera un champs d'épanouissement en médecine générale et inversement...

Puissent les médecins de famille en cultiver le fruit du partage et de la passion!

*QUATRIEME PARTIE*  
*DISCUSSION*  
*DES RESULTATS*  
*ET*  
*PROPOSITIONS*

*CHAPITRE I*  
*DISCUSSION*

## DISCUSSION DES RESULTATS ET PROPOSITIONS

### **1. UNE NOUVELLE DEFINITION DE LA MEDECINE GENERALE**

#### **1.1. La crise libérale du médecin de famille**

3/4 des médecins interrogés tiennent à une rémunération à l'acte !

Le médecin généraliste se voit donc comme exerçant une activité libérale, productive d'un service rendu à la personne et à la société. Société qui perçoit elle-même la santé de ses citoyens comme une dépense à réduire au maximum en légiférant par des objectifs prévisionnels. Un conflit se dessine donc entre la revendication de chaque praticien à prescrire librement et les exigences d'une solidarité collective, soucieuse de ses deniers.

François DAGONET écrit justement qu'« *entre le malade et le médecin s'est introduit un troisième terme : le tiers payant, c'est à dire la sécurité sociale* » [26].

On ne peut dès lors se dispenser ni d'une réflexion économique et politique, ni d'une réflexion éthique. Le médecin est, en effet, rémunéré par ce fameux tiers payant et son activité si individuelle soit-elle touche à la communauté entière : l'acte professionnel médical ne peut être détaché de la cité dans laquelle il s'effectue !

A cette question économique, se greffe le problème fondamental de la démographie médicale qui, quelle que soit la discipline exercée, nous annonce une diminution de l'offre médicale. Aussi, est-t-il nécessaire de tisser des réseaux de collaboration à la fois techniques et humains permettant de continuer à donner à chaque patient "*des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science*" [16].

En bref, la médecine contemporaine ne se pratique pas dans la solitude : c'est un vaste réseau de relation organisée sur un mode plus ou moins formel qu'il devient urgent d'organiser en réseaux bien intégrés de santé de proximité[9].

Modèle de réseau de proximité, l'hospitalisation à domicile, peut, parmi d'autres alternatives à l'hospitalisation traditionnelle répondre aux attentes à la fois des usagers, des médecins et de l'hôpital.

La difficulté majeure n'étant pas du côté des médecins libéraux, dont nous avons bien montré dans notre enquête l'enthousiasme et l'intérêt pour une information et une formation (80 % des répondants souhaitent recevoir les résultats de cette enquête), mais il s'agit, en réalité, de faire un courageux choix politique afin de décider quelles modalités de prise en charge des patients voulons-nous avec quels champs d'action prioritaire ?

### **1.2. Le médecin généraliste : spécialiste en soins primaires ? :**

Homme d'exception ou humble travailleur de la santé, le médecin généraliste a, en réalité, des figures multiples dans ses pratiques, ses prérogatives et son savoir exclusif le différenciant des autres disciplines médicales [60].

Spécialisés en soins primaires, les médecins généralistes ne sont pas seulement des professionnels dépendant du système de soins mais sont responsables de soins continus et globaux des individus dans le contexte de leur famille, de leur environnement et de leur culture, en respectant toujours leur autonomie (WONCA<sup>15</sup>)[37]. Cette version de la médecine générale comme spécialité ne doit cependant pas réduire le généraliste à cultiver une "différence" qui concourrait à le marginaliser dans un contexte dominant de soumission de la médecine au modèle technologique [23].

15. WONCA : World Organisation of National Colleges and Academics of Family Doctors

Le médecin de famille, en effet, ne cesse de se mesurer aux ambivalences d'une société à la fois élitiste et égalitaire. La crise actuelle du médecin généraliste et plus largement de la médecine, repris en grand renfort de "une" médiatique ("Médecins l'épidémie" annonçait Libération en janvier 2002) n'est pas seulement "un blues existentiel" lié à un besoin de reconnaissance d'une catégorie professionnelle mais annonce un changement socio-culturel des pratiques [3].

De nouveaux métiers se dessinent [43], de nouveaux champs sont explorés pour la médecine générale [41], l'HAD en fait partie à condition que s'enrichissent mutuellement l'action de soigner au quotidien (27 % des médecins traitants soulignent un manque de partage dans les différents temps décisionnels de la structure) et les nouvelles compétences acquises (92 % des médecins dans les deux groupes maîtrisent le maniement des antalgiques contrairement à 1993 où il existait encore des lacunes dans les traitements de la douleur [20])

## **2. L'HOPITAL ET SON AVENIR**

### **2.1. La crise structurelle de l'hôpital.**

L'hôpital devrait être rapidement accessible, efficace, fonctionnel et dynamique ; ce n'est malheureusement pas toujours le cas.

Complexe par son organisation, dépensier pour son fonctionnement, l'institution hospitalière, héritière d'un passé caritatif et congréganiste entre en résonance avec une société environnante confrontée aux problèmes de la croissance [62].

Rationalisation, équilibrage, contrôle des coûts et compression des dépenses ont fait leur entrée dans le vocabulaire de l'administration hospitalière et aucune perspective d'avenir ou de développement ne semble, aujourd'hui vécue en dehors de ces termes [27].

## **2.2 L'HAD : avenir de l'hôpital ?**

Ce contexte de restriction budgétaire dans lequel fonctionnent les hôpitaux depuis quelques années, ainsi que la volonté politique de réorganiser le paysage hospitalier devrait jouer cependant en faveur de l'hospitalisation à domicile.

En effet, une enquête menée en 1992 par le CREDES a évalué entre 415 millions de francs, hypothèse basse, et 850 millions de francs, hypothèse haute, les économies liées à l'hospitalisation à domicile [54].

L'HAD peut également représenter dans le cadre de ses restructurations une solution sans équivalente quant il s'agit de prendre en charge en réseau certains patients (96 % des médecins du groupe A et 93 % des médecins du groupe B pensent que l'HAD est un service rendu au patient).

## **3. L'HAD COMME PROTOTYPE DU RESEAU**

### **3.1. L'HAD : maillon fort des réseaux**

Archétype des réseaux, l'HAD, dès sa création, a fonctionné comme une véritable plate-forme coordonnée de soins. Des pôles de compétences se sont ainsi développés autour du patient dans son cadre de vie habituel en permettant aux médecins traitants d'exploiter les avantages d'un plateau technique spécialisé et en palliant par une coordination efficace le morcellement du travail spécialisé.

L'HAD pose donc un défi de taille à l'hôpital et aux médecins libéraux : en d'autres termes, comment rendre un exercice de groupe harmonieux et efficace ? [22]

Rappelons d'abord que le champs d'application de l'HAD n'est pas illimité, elle ne serait d'ailleurs à elle seule résoudre tous les problèmes posés au système de santé actuel [58].

Pour l'hôpital, enfin, l'enjeu est de continuer à assurer sa fonction de service publique et de soins dans un contexte général de modernisation sociale [40].

Cette modernisation épousant, dès lors, les voies de la raison technique et gestionnaire, obéissant à des impératifs de rentabilité des soins et de productivité, devrait permettre de dynamiser le développement de l'HAD (plus des 2/3 des médecins interrogés pensent que l'HAD répond à une nécessité socio-économique).

Enfin, par son caractère polypathologique et pluridisciplinaire, l'HAD peut être considérée comme le correspondant des réseaux monopathologiques auquel ces derniers peuvent adresser leurs malades lorsque la situation s'aggrave [12]. L'HAD devient donc le prototype des réseaux.

### **3.2. Pour une HAD dynamique**

Pourtant, l'HAD même si elle s'inscrit dans ces objectifs de réduction de dépenses hospitalières, ne peut justifier sa légitimité aux yeux du médecin généraliste uniquement sur cette vision gestionnaire, oublieuse des réalités sociales, culturelles, psychiques, existentielles et physiologiques du patient si commune en médecine ambulatoire [37].

En effet, le temps de réaction, le moral, la capacité de récupération sont sensiblement différents d'une population ambulante à celle d'une population hospitalisée. Soigner en ville des personnes hospitalisées est un travail astreignant, demandant de la part des médecins traitants énormément d'énergie physique et morale : 61 %, d'après notre enquête, des médecins du groupe A ont retenu cette charge de travail comme source de difficulté dans la pratique quotidienne, 50 % ont rencontré des difficultés dans l'accompagnement des fins de vie.

Aussi, l'HAD doit-elle reposer sur la négociation respectueuse de l'identité de chaque professionnel tout en gardant suffisamment de souplesse pour ne pas brimer l'autonomie du médecin généraliste et de mieux répartir les tâches et les responsabilités à chaque membre de l'équipe. Elle devrait fonctionner avec les médecins de famille comme une "compagnie d'investissement mutuel".

#### **4. VERS UNE ETHIQUE DE LA PROXIMITE...**

Si l'HAD répond prioritairement à des raisons économiques, il n'en ait pas moins vrai que le travail en collaboration crée des conditions de vie qui concourront certainement à la production d'idée et de représentation collectives nouvelles.

Nouvelle manière pour la médecine de spatialiser la maladie [33], les services HAD tendent à organiser autrement le système de santé autour de pratiques coopératives permettant de concilier l'expression des compétences individuelles et une certaine souplesse des ajustements mutuels avec la mise en œuvre d'un dispositif de coordination suffisamment structuré [3].

##### **4.1. Le défi de la complexité**

Cette pratique innovatrice d'hospitaliser un patient à domicile répond " au défi de la globalité ", c'est à dire pour Edgar MORIN, « *de l'inadéquation de plus en plus profonde entre d'une part un savoir fragmenté en éléments disjoints et compartimentés dans les disciplines, d'autre part des réalités multidimensionnelles et des problèmes de plus en plus transversaux, polydisciplinaires voire transdisciplinaires* » [48].

Défi de la complexité auquel les médecins généralistes sont confrontés quotidiennement, l'HAD devient alors un recours précieux et efficace pour relever ce challenge ce que souligne le haut niveau de satisfaction de cette enquête vis à vis notamment du travail en équipe et des compétences des soignants. Par ailleurs, plus de 90 % des praticiens ont apprécié l'aide du médecin coordinateur.

Il y a lieu ici de s'interroger sur notre mode de connaissance et d'enseignement universitaire qui nous a appris à séparer les disciplines les unes des autres et non à relier ce qui pourtant est " tissé ensemble ".

La réforme actuelle du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales sous forme de modules transdisciplinaires pourrait pallier cette insuffisance de formation initiale.

Enfin, l'instauration de la proposition maintenant ancienne de Jean François MATTEI d'une nouvelle première année des études de médecine où passeraient l'ensemble des professionnels de santé pourrait donner cette « culture commune » nécessaire à un travail réellement coopératif [7].

#### **4.2. La culture du partage**

L'HAD suppose simultanément d'informer sur les règles et les dispositifs de son fonctionnement, vérifier les objectifs partagés, les attentes et engagements réciproques : 2/3 des médecins interrogés dans les deux groupes soulignent un manque d'information.

Dans un tel contexte, et afin que se déploie la dynamique institutionnelle de l'HAD, il faudrait que le promoteur puisse tout à la fois se mettre en retrait pour relativiser le poids de l'hôpital, abandonner l'idée d'être l'organisateur privilégié et favoriser le dévoilement des rôles et des positions de la part des médecins libéraux susceptibles d'adhérer à l'idée d'une pratique coopérative et coordonnée plus formelle. La coordination en HAD, en effet, ne peut être fondée sur l'autorité mais sur " un respect mutuel " et " une culture du partage " : 27 % des médecins du groupe A en soulignent le manque.

Au sein du réseau HAD, la prolifération des connexions devrait permettre de passer d'une relation de nature hiérarchique, pyramidale dans une organisation instituée à des relations horizontales, voire transversales, porteuses de confiance, de proximité, d'égalité et de réciprocité. Cette méthode de travail introduit un changement qualitatif radical : 50 % des médecins ayant déjà participé à une HAD ont remis en question leur manière de travailler.

N'importe quel praticien de métier, convenablement formé, devient alors pour la première fois capable de contrôler une large gamme de maladies destinées auparavant à l'hospitalisation.

Avec l'HAD, la profession médicale et l'hôpital reprennent mutuellement de la vigueur : « *le médecin est moins une partie de l'hôpital que l'hôpital n'est une partie (une partie seulement) de la pratique médicale* » [34].

### **4.3. La naissance d'un nouvel espace éthique**

L'HAD permet de prendre en compte dans un même espace le poids de l'hôpital, le rôle du médecin traitant et la diversité bio-psycho-sociale du patient.

Le flou juridique, souligné par 2/5 des médecins du groupe A, quant aux responsabilités est en réalité la perception de cet espace d'hybridation des statuts et des rôles dans le champs d'intervention de l'action sanitaire devenus plus complexes et plus fragmentés

L'HAD n'est donc par une alternative à la médecine libérale mais bien une alternative à l'organisation pyramidale de l'hôpital - et sûrement au système de soin actuel - permettant de gérer la multiplication de soins médicaux et paramédicaux continus et complexes ainsi que la participation d'acteurs multidisciplinaires dans un nouvel espace de proximité autour du patient (91 % des répondants ont souligné l'accessibilité aux matériels hospitaliers ainsi que le bon encadrement de son utilisation) [22].

Le domicile du patient devient dès lors un lieu de configuration où se déroulent des phénomènes d'entrecroisement et d'interdépendance. Pour comprendre ces phénomènes que l'on songe, comme le décrit Norbert ELIAS dans son analyse de la société, à « *un système réticulaire fait de multiples fils reliés entre eux créant un champs de force dans l'ordre se communique à chacun des fils et se communique dans l'ensemble du filet. La forme de chaque fil se modifie lorsque se modifie la tension et la structure de l'ensemble du réseau* » [31].

*CHAPITRE II*  
*INTERET DE L'HAD*  
*EN MEDECINE GENERALE*

## CHAPITRE II - INTERET DE L'HAD EN MEDECINE GENERALE

Pourquoi l'HAD en médecine générale se demandait un médecin traitant de notre enquête ?

Trois réponses peuvent être proposées [45] :

### **1. PARCE QUE C'EST DEVENU POSSIBLE**

Les progrès techniques et l'amélioration des conditions de vie et d'habitat permettent de soigner à domicile des patients relevant d'une hospitalisation traditionnelle dans des conditions de sécurité et de continuité des soins satisfaisantes.

Il y a cependant comme en 1993 [20], dans le groupe B une mauvaise évaluation de ce que regroupe le concept d'hospitalisation à domicile et une confusion persistante avec les soins à domicile pour 2/3 de ces médecins .

Toutefois, 4/5 des médecins savent qu'ils peuvent prescrire une HAD témoignant de la bonne diffusion de l'information auprès des médecins de famille quant à ce mode de prise en charge alors qu'en 1996, encore 2/3 des médecins ignoraient cette possibilité [30].

Enfin, si en 1993, il existait des lacunes concernant la prise en charge de la douleur et le maniement des antalgiques [20], 92% des médecins de cette enquête n'ont pas retenu ce motif comme cause de non utilisation de l'HAD.

## **2. PARCE QUE C'EST UTILE**

- pour la société (65 % des répondants),
- pour le médecin traitant (62 %),
- pour le patient (96 %) et pour sa famille (69 %) même si, ces derniers témoignent encore d'une méconnaissance de cette alternative à l'hospitalisation puisque moins de un patient sur deux et seulement 1/3 des familles sont demandeuses d'une HAD.

## **3. PARCE QUE CELA A UN SENS**

S'interroger sur la finalité de l'HAD en médecine générale pour en éviter les risques de dérives comme l'exclusion de l'équipe soignante libérale (33 % des médecins ont cette crainte), le manque de partage dans les différents temps décisionnels (27 %), le manque d'information sur le mode de fonctionnement de la structure (32 %) en particulier les critères d'admission (41%) et de sortie (30%).

Il est vrai cependant que cette charge nouvelle de travail que constitue l'HAD (2/3 des médecins interrogés) ainsi que les contraintes matérielles (56 % des médecins ont exprimé cette difficulté) peuvent limiter l'enthousiasme des professionnels.

La gestion de l'urgence des patients hospitalisés à domicile est également un motif fréquent de difficulté dans l'organisation professionnelle du médecin traitant (59 %) voire de réhospitalisation dans le cadre traditionnel.

En 1987, une étude faisait apparaître des craintes vis à vis du partage du secret médical en HAD [36], 4/5 des médecins de cette enquête n'ont pas eu de difficultés d'accès au dossier du patient, ni " d'état d'âme éthique " vis à vis du partage du secret médical.

Les responsabilités qui s'étendent, un secret médical qui s'évante font en effet de l'exercice de la médecine générale en HAD un risque qui pour être acceptable pour le patient et le médecin traitant doit reposer, pour tous les médecins interrogés, sur des soins coordonnés au sein d'un travail en équipe pour assurer une action sanitaire rapide et efficace.

Alors qu'en 1997, 1/3 des médecins seulement retenaient comme bénéfice de l'HAD les ressources humaines [57] ; en 2002, 91 % des médecins ayant déjà eu recours à ce mode prise en charge ont pu apprécier l'aide du médecin coordonateur durant l'hospitalisation de leur patient à domicile, 88 % l'aide du médecin hospitalier et tous ont souligné les compétences de l'équipe soignante.

Le médecin généraliste n'est donc plus seul face à son malade dans le cadre d'un colloque singulier mais devient lui-même médiateur d'une médecine globale garante du sens et de l'humanité des soins prodigués [39].

Défi du soin à domicile qui prend toute sa dimension éthique avec l'HAD : information et éducation des patients et de son entourage gage de sécurité, coordination des différents membres de l'équipe dans le respect de l'autonomie de chacun gage de qualité des soins.

Il faut alors une vue d'ensemble pour saisir cette situation nouvelle de soins que pose l'HAD. Il faut qu'il y ait quelqu'un au niveau de l'unité soignante qui puisse justifier le pourquoi de ces soins par une analyse construite [19].

Bref, il faut donner du sens, c'est à dire du lien aux soins donnés chez le patient : le médecin de famille dans ses compétences de généraliste et sa connaissance du domicile du patient devrait toujours demeurer, au sein de l'HAD, le référent naturel et incontournable dans ce suivi à domicile.

Aussi, faut-il rassurer les médecins généralistes qu'ils ont une partie à jouer dans ce nouvel ordre sanitaire où l'émergence de la question sociale, suite à la crise des politiques successives en particulier de la vieillesse, risque de phagocyter notre protection sociale jusque dans ses fondements même d'universalité, d'égalité et de solidarité [38].

L'irruption de l'HAD dans le champ d'activité du médecin traitant est, en effet, l'occasion inespérée de renforcer cet " effet de proximité " et d'assumer une nouvelle " fonction apostolique " : le traitement médical du social.

Plus qu'un autre, le médecin généraliste est la cheville ouvrière et la pierre angulaire du nouveau système de santé. Sa proximité de la plupart des partenaires médicaux et sociaux l'oblige à participer au développement de l'hospitalisation à domicile et doit l'aider à trouver la bonne distance qui préserve la liberté indispensable à l'exercice de sa mission [35].

*CHAPITRE III*  
*PROPOSITIONS*

## CHAPITRE III - PROPOSITIONS

### **1. PLAIDOYER POUR UNE CULTURE DU PARTAGE**

L'HAD participe à la nouvelle organisation du système de santé en accélérant la révolution culturelle des pratiques par la coordination et la coopération entre médecins et acteurs sociaux [3].

Cette nouvelle donne sanitaire et sociale implique un partenariat équitable autour du patient entre les soignants de ville et ceux de l'hôpital afin d'assurer la continuité et l'égale accessibilité aux soins des citoyens. Cette équipe de proximité que constitue l'HAD en comprenant un médecin traitant de son choix ainsi que des professionnels pluridisciplinaires permet de répondre à des problèmes de santé précis prenant en compte les besoins des individus et leurs ressources socio-familiales.

L'HAD est donc bien un réseau de proximité conformément à la définition de ce dernier. Il n'a pas pour l'instant vocation à se spécialiser- si ce n'est dans le domicile- mais demeure largement polyvalent [42].

Il y a lieu de penser, cependant, que dans un proche avenir, la réorganisation sanitaire et les besoins des populations demanderont aux services d'HAD de développer prioritairement des types de prise en charge spécifique.

La pérennisation et le développement d'une telle structure en milieu de soins primaires dépend, d'après cette enquête, nous semble-t-il fondamentalement de la capacité à communiquer des différents intervenants. Informés et formés dans un socle commun des compétences, les médecins généralistes ne sont plus un frein au développement de l'HAD et en deviennent mêmes les garants de sa légitimité au regard des patients, de leurs familles, des autres partenaires de soins en ville - services de soins à domicile notamment -, de l'hôpital, des médecins hospitaliers et au bout du compte des pouvoirs publics.

## **2. INFORMER SUR CE QUI SE FAIT**

Il s'agit d'abord pour la structure mais également pour les autorités de tutelle de réaliser une information aux médecins traitants mais aussi aux patients afin de faire connaître cette possibilité de prise en charge dans l'aire géographique concernée. Nous sommes en attente d'une communication du type :

*« Avec le médecin de famille, l'hospitalisation à domicile, c'est facile ! »*

La FMC a été une source essentielle d'information quant à l'existence de la structure pour nombre de participants à cette enquête. Elle constitue également un relais fondamental pour la communication sur le terrain et la qualité des soins au quotidien.

Il s'agit donc surtout d'organiser la communication. L'informatisation (internet, intranet) permettrait de mettre en place un réseau de communication rapide et efficace améliorant la coordination des soins d'autant que les acteurs du système sont maintenant tous équipés de matériel informatique.

## **3. ANALYSER LES BESOINS**

Ils sont immenses et pourraient regrouper toutes les pathologies médicales - en dehors des urgences vitales - qui doivent nécessiter une hospitalisation à un moment donné. Les soins de suites opératoires et de rééducations relèvent pleinement du champ d'activité de l'HAD.

Il convient par ailleurs de s'assurer de la satisfaction des patients pour ce service en proposant une fiche de sortie d'hospitalisation.

Enfin, l'installation d'antennes de proximité en zones rurales doit constituer une priorité. Un médecin traitant référent pourrait en constituer le premier niveau de coordination

#### **4. COORDONNER LES INTERVENTIONS**

Plébiscitée par nos répondants, la coordination est certainement la clé essentielle à la réussite d'une HAD.

Au delà de son charisme personnel, de sa figure emblématique ou de son rôle réglementaire de référent médical, le médecin coordinateur doit pouvoir faire preuve d'une grande pédagogie et de beaucoup de psychologie pour [22] :

- clarifier les objectifs, préciser la méthode de travail, synthétiser les propositions thérapeutiques,
- organiser la cohésion de l'équipe,
- susciter ou référer la participation de tous pour éviter les problèmes de décisions, de tensions ou de monopole de l'attention,
- faciliter l'extériorisation des sentiments nuisibles au sein du groupe en faisant des diversions pertinentes pour alléger le climat.

Il pourrait être également pertinent d'intégrer le médecin de famille dans la chaîne de coordination actuelle comprenant le médecin coordinateur et un cadre infirmier.

#### **5. FORMER LES INTERVENANTS**

Les intervenants pourront bénéficier de groupes de travail sous forme d'ateliers pratiques, animés par les coordonnateurs de la structure et des médecins spécialistes des pathologies concernées, leur gestion technique ...

Une formation à la gestion de l'urgence devra être régulièrement proposée. Dans les cas d'urgences médicales, la possession du dossier d'un patient suivi en HAD par le SAMU a prouvé son efficacité en diminuant de manière notable le taux de réhospitalisation en cas de décompensation aiguë [57].

L'organisation d'une telle structure pour qu'elle soit totalement démocratique devrait fonctionner sur une indispensable règle de subsidiarité permettant à chacun d'acquérir le savoir et le savoir-faire nécessaire à la place qu'il est censé avoir dans l'équipe.

L'environnement matériel (mobilier, café...) du lieu de formation doit également favoriser une participation optimale.

Le service d'HAD peut servir également de lieu de stage pour les futurs professionnels de soins (résidents, internes, paramédicaux...) permettant d'acquérir dès la formation initiale cette " culture du partage " de l'interdisciplinarité essentielle à l'acquisition d'une compétence technique et éthique.

Compétence éthique qui comporte certes une dimension personnelle capitale mais surtout une dimension de socialité [1].

Au sein de l'HAD, il y a ainsi changement des rapports sociaux de travail et donc forcément des représentations de soi et des autres. Par ailleurs, la définition du métier des uns ou des autres demeure en suspend. Une réponse satisfaisante pourrait nécessiter une redéfinition des formations initiales, peut être dans le cadre général d'un campus commun à l'ensemble des professions de santé [ 8].

Un livret d'accueil contenant les informations nécessaires à tout stagiaire : de l'organisation générale du service d'HAD au déroulement pratique du stage sera distribué dès le début de la formation afin de faciliter l'intégration au sein de l'équipe et au bout du compte l'acquisition d'une compétence en soin [5].

## **6. EDITER UN VADE-MECUM**

Comme l'on suggérait de nombreux praticiens, il serait pertinent d'éditer un outil simple, pratique, rapide de lecture type " vade-mecum " ou " mode d'emploi " de l'HAD résumant son mode de fonctionnement, les modalités de prise en charge en particulier ses critères d'admission et de sortie et ses indications préférentielles.

## **7. EVALUER LES PRATIQUES**

L'évaluation des pratiques, même imparfaite, est indispensable en terme de qualité médicale, d'égalité sociale et d'efficacité économique. Evaluer sa pratique, c'est la faire évoluer ! [18]

L'intérêt de cette évaluation - outre une démarche d'accréditation entrant dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé et les ARH - est de permettre de réfléchir à ce que l'on fait. Il convient dans cette optique de veiller à ce que les référentiels soient élaborés à partir de pratiques communes de différents organismes (ANAES, URML, ARH, hôpital) concourant à un accord sur le bon usage des soins (AcBUS) et à une prise en charge multidisciplinaire[52].

L'application du PMSI à l'HAD devrait permettre aussi des comparaisons entre prise en charge à l'hôpital et en HAD pour des groupes homogènes de malades [13]. En participant à la construction de points ISA, le budget de l'HAD sera augmenté en fonction de ses activités [25]. Or, les besoins sont pressants....

Le plan hôpital 2007 prévoit également une mission d'audit au moyen de référentiels de bonnes pratiques de gestion.

Le dossier du patient est le témoignage des bonnes pratiques en médecine. Il faut veiller à sa bonne tenue dans les règles de confidentialité des données. Il pourrait être facilement informatisé grâce à des logiciels (net-care,...) qui offrent la possibilité de regrouper les différents dossiers inhérents à une HAD : dossier administratif, dossier de soins, dossier médical, dossier social [14].

## **8. FINANCER LES PROPOSITIONS**

Ces propositions pourraient être, entre autres financées par :

- le fond d'amélioration de la qualité des soins en ville (FAQSV) :

Il est constitué d'une dotation annuelle de 100 millions d'euros programmés par la loi de financement sur la Sécurité Sociale (PLFSS) et géré par les URML et les ARH. En Lorraine, l'enveloppe était de 3,2 millions d'euros en 2001.

- un budget recherche et formation du service de l'HAD :

Il proviendrait de l'évolution des crédits alloués au fonctionnement du service dans le cadre de la dotation globale hospitalière.

- une dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) :

Elle est créée par la PLFSS pour 2002 dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et qui s'impute à la fois sur les dépenses hospitalières, les dépenses d'actions sociales et les dépenses de soins de ville. Se trouve donc ainsi créé de fait la " fongibilité des enveloppes " entre l'hôpital et la médecine de ville et plus largement entre le sanitaire et le social [7].

- les associations de perfectionnements post-universitaires (FMC) :

Elles sont un lieu convivial de partage où circule librement l'information et où se forment intelligemment les esprits. Malheureusement, leurs moyens financiers demeurent encore limités aux seules cotisations de leurs adhérents.

- les unités de formation et de recherche en sciences médicales :

Elles assurent la formation théorique et pratique des futurs professionnels de santé et participent aux enseignements post-universitaire.

Elles peuvent financer des travaux de recherche ( Thèses, DEA en Santé Publique, ...) en Médecine Générale d'autant qu'au sein de chaque faculté s'est créée maintenant un département de médecine générale.

# *CONCLUSION*

## CONCLUSION

Avec l'HAD, on entre dans « *une forme nouvelle de spatialisation de la maladie recouvrant l'espace social en son entier* » aurait pu conclure Michel FOUCAULT.

Ne nous y trompons pas, une révolution copernicienne est en marche. Notre regard médical quant aux principes de l'hospitalisation va s'y trouver profondément modifiée. En maintenant un patient au milieu de ses siens, la médecine cède à la transparence de la vérité et contribue à une véritable mutation culturelle dans les pratiques : coordination et coopération qui sont les garants de la continuité, de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité des soins.

L'HAD relèvera-t-elle ce défi de la transversalité où les professionnels sont unis par des liens équitables d'interdépendance qui donnent sens à leur action ?

Les médecins généralistes accepteront-ils de faire le deuil de l'omnipratique pour participer à ce nouveau contrat social naissant sous le signe du soin ?

Ce travail indique que nous pouvons prendre acte de l'enthousiasme et de l'intérêt des praticiens interrogés qui depuis dix ans ont bien " mouillé leur chemise " pour s'informer et se former sur les besoins de la population notamment à la gestion de la douleur et pour finalement inventer une nouvelle médecine spécifiquement généraliste. A ces hussards de la médecine générale, la jeunesse est reconnaissante...

Les freins au développement de l'HAD sont donc à chercher ailleurs, en particulier du côté de l'absence de volonté des pouvoirs publics de dynamiser la demande en informant les patients sur ce type d'alternative, du côté de l'hôpital en rappelant le sérieux déficit en personnels et les contraintes administratives que le plan hôpital 2007 prévoit de corriger dès 2004 (suppression du taux de change et de la carte sanitaire avec simplification des procédures administratives de planification), du côté des médecins hospitaliers, gardiens parfois encore de " l'orthodoxie hospitalo-centriste ", du côté de certains médecins " ultra-libéraux " et enfin du côté de la structure elle-même qui pour se pérenniser doit favoriser cette " culture du partage " de l'interdisciplinarité.

Si l'HAD est une alternative à l'hospitalisation, elle n'est pas pour autant l'hôpital à la maison : c'est d'abord pour les médecins de famille un complément technique et humain dans les soins à domicile. Outil technique écrivons nous ; toute l'histoire de l'humanité depuis homo habilis est sous le signe de la technique. Technique apprivoisée à domicile grâce à l'HAD, technique humanisée autour du patient grâce aux soignants dont les médecins de famille en constituent une dynamique essentielle.

Puissent les valeurs d'humanité, si présentes en médecine générale revenir à égalité avec les attentes de technicité de la médecine hospitalière pour répondre aux besoins des uns et au défi de tous : vivre ensemble !

*REFERENCES*  
*BIBLIOGRAPHIQUES*

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BESANCENEY J-C.  
L'éthique et les soignants  
Paris : Lamarre 1996.- 178p
2. BLOCH C.  
Les soins à domicile, complément ou alternative à l'hospitalisation  
Décision santé 1999 ; 150 : 12-13
3. BREMONT M.  
Pratiques coopératives dans le système de santé : les réseaux en question  
Rennes : ENSP 1998.- 100p
4. BURRUS O.  
Soigner à domicile  
Rev. de l'infirmière 1998 ; 38 : 23-45
5. CASAMATTA M.  
HAD : une expérience originale d'encadrement  
Rev. de l'infirmière 1996 ; 11 : 63-68
6. CELERIER M.C.  
La santé en France : alternatives à l'hospitalo-centrisme  
Grenoble : La Pensée Sauvage 1994.- 141p
7. CHABOT J.M.  
Les réseaux de soins ou de santé  
Rev. Prat. 2002 ; 52 ( 2 ) : 181-182
8. CHABOT J.M.  
Réseaux de soins : bilan d'étape mitigé  
Rev. Prat. Med. Gen. 2000 ; 14 (505) : 1317
9. CHABRUN – ROBERT C.  
Les réseaux de soins  
Conc. Med. 1998 ; 120 (7) : 496-498
10. CHABRUN-ROBERT C  
L'hospitalisation à domicile en 1992  
Conc. Med. 1993 ; 115 (21) : 49

11. CHABRUN-ROBERT C.  
L'hospitalisation et les soins à domicile  
Conc. Med. 1998 ; 120 (17/18) : 1249-1252
12. CHABRUN-ROBERT C.  
Vers une réforme de l'hospitalisation à domicile  
Conc. Med. 1999 ; 121 (32) : 2536-2539
13. CHABRUN-ROBERT C.  
HAD, de nouvelles perspectives ?  
Conc. Med. 1998 ; 120 (17/18) : 1273-1275
14. CHARLES E.  
HAD, SSIAD : bilan d'étape  
Rev. de l'infirmière 2000 ; 64 : 5-14
15. CLEMENT J-M.  
1900-2000 : la mutation de l'hôpital  
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières 2001.- 218p
16. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE  
Titre II (art 32-36)  
Titre III (art 63-64)  
Paris : Seuil 1996.- 210p
17. COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE  
Corpus de gériatrie  
Paris : 2M2 2000 ; 1.- 185p
18. COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS  
Médecine générale : concepts et pratiques  
Paris : Masson 1996.- 1026p
19. COLLIERE M. F.  
Soigner ... Le premier art de la vie  
Paris : Masson 2001.- 456p
20. COM-RUELLE L., RAFFY N.  
Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ?  
Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement  
Paris: CREDES 1994 ; biblio n°998.- 131p
21. COM-RUELLE L., ALIGON A., RAFFY-PIHAN N.  
Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge en HAD 1999-2000  
Paris : CREDES 2001 ; biblio n°1363.- 43p

22. CONGRES INTERNATIONAL FRANCOPHONE DE GERONTOLOGIE  
(4 : 1990 : MONTREAL,Canada)  
Interdisciplinarité en gérontologie / Actes réunis par R. HEBERT  
St-Hyacinthe (QUEBEC) / Paris : EDISEM / MALOINE 1990.- 567p
23. CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y.  
L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins  
Paris : John Libbey Eurotext 1996.- 317p
24. COSNARD C., GODEFROY N.  
La prise en charge en HAD  
Soins 1997 ; 615 : 30-35
25. COUSTEIX P-J.  
L'HAD, enfin une priorité  
Conc. Med. 2000 ; 122 (25) : 1742-1744
26. DAGONET F.  
Pour une philosophie de la maladie  
Paris : Textuel 1996.- 106p
27. DALMASSO R., ROMATET J-J.  
L'hôpital réformateur de l'hôpital  
Ramonville - Ste Agne : ERES 2000.- 159p
28. DE PAZ B.  
L'hospitalisation à domicile de l'assistance publique des hôpitaux de Paris : rôles respectifs et complémentaires de l'HAD.- 56p  
Th. : Pharma.: Paris 11, Chatenay :1991 ; 226
29. DE SINGLY F.  
L'enquête et ses méthodes : le questionnaire  
Paris : Nathan 2001.- 128p (128 ; 18)
30. DI PIAZZA M.  
Pour une participation active des médecins généralistes au développement de l'HAD : enquête auprès de 38 généralistes de la région parisienne.- 102p  
Th. : Med. : Paris 7, Bichat :1996 ; 104
31. ELIAS N.  
La société des individus  
Paris : Pocket 1997.- 303p
32. FLAMENT L.  
Les disparités régionales de la démographie des médecins libéraux en France  
Cahier de sociologie et de démographie médicale  
Paris : 2001 ; 41 (2) : 173-193

33. FOUCAULT M.  
Naissance de la clinique  
Paris : PUF (Quadrige) 1993.- 172p
34. FREIDSON E.  
La profession médicale  
Paris : Payot 1984.- 369p
35. GALAM E.  
Infiniment médecins : les généralistes entre la science et l'humain  
Paris : Autrement 1997.- 206p (mutations ; 161)
36. GAUCHET P., LEVASSORT V.  
Le médecin généraliste face à l'hospitalisation à domicile.- 65p  
Th. : Med. : Lille 2 : 1987 ; 228
37. GAY B., ALLEN J.  
Une nouvelle définition pour la médecine générale  
Rev. Prat. Med. Gen. 2002 ; 16 ( 587) : 1371-1372
38. GUILLEMARD A.-M.  
Le déclin du social : formation et crise des politiques de la vieillesse  
Paris : PUF 1986.- 394p
39. HIRSCH E.  
Médecine et Ethique : le devoir d'humanité  
Paris : Cerf 1990.- 475p
40. HOET T.  
L'hôpital confronté à son avenir : actualiser l'hôpital et le préparer au XXIème s.  
Paris : Lamarres / ENSP 1993.- 236p (Management hospitalier ; 1)
41. JOURNEES NATIONALES DE MEDECINE GENERALE  
(1 : 2002 : Paris, France)  
Une nouvelle définition de la Médecine Générale  
Paris : Rev. Prat. Med. Gen. 2002 ; 16 (587) : 1361-1460
42. JOUVE M., RAFFY PIHAN N., MAURICE O., LE PLAT P., BERNARD F.  
L'hospitalisation à domicile au delà des mots...  
Tech. Hosp. 1999 ; 642 : 36-39
43. LES « NOUVEAUX METIERS DU GENERALISTES » (n° spécial)  
Rev. Prat. Med. Gen. 2000 ; 14 (183) : 1-60
44. LOYSEAU DE GRANDMAISON R , MILOJKOVIC, BIRCANIN.  
Hospitalisation à domicile. Soins à domicile. Prévention  
Paris : BAILLIERE 1981.- 108p

45. MANTZ J.M., GRANDMOTTET P, QUENEAU P.  
Ethique et thérapeutique : témoignages européens  
Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg 1998.- 532p
46. MEISSAN F.  
La surveillante de l'HAD : référente et garante de la qualité des soins  
Rev. de l'inf. 1999 ; 50 : 11-13
47. MOREAU C.  
HAD : toute l'hygiène dans la sacoche  
Hyg. en milieu hospitalier 1999 ; 19 : 24-25
48. MORIN E.  
Relier les connaissances : le défi du XXIème siècle  
Paris : Seuil 1999.- 478p
49. NIEL X.  
Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional  
Cahier de sociologie et de démographie médicale  
Paris : 2001 ; 41 (2) : 141-172
50. Organisation de Coopération et de Développement Economique.  
Le vieillissement dans les pays de l'OCDE : un défi fondamental pour la politique  
Paris : OCDE 1996.- 126p ( Etudes de politique sociale ; 20 )
51. PIGANEAU K.  
HAD : La France accuse un important retard  
Le quotidien du médecin 1998 ; 6396 : 7-8
52. POINDRON P.Y.  
Hospitalisation à domicile : revoir le mode de financement  
Conc. Med. 2002 ; 124 (39) : 2596
53. PREVENIR (n° spécial),  
Les alternatives à l'hospitalisation : le débat économique, la réponse des libéraux, les rôles et charges des familles, les obstacles politiques et administratifs, les progrès et perspectives  
Marseille : La Vie Mutualiste 1987.- 135p
54. RAFFY N.  
L'HAD : une alternative économique  
Conc. Med. 1994 ; 116 (13) : 1097-1101
55. RAFFY-PIHAN N.  
L'HAD : une alternative également adaptée aux personnes âgées  
Paris : CREDES 1997 ; biblio n°1185.- 25p

56. RAFFY-PIHAN N.  
L'HAD : un tour d'horizon en Europe, aux Etats Unis et au Canada  
Paris : CREDES 1994 ; biblio n°1045.- 187p
57. ROULAND V.  
Médecins généralistes : acteurs de l'hospitalisation à domicile.- 195p  
Th. Med. : Aix-Marseille 2 : 1997 ; 69
58. SOUBIE R.  
Santé 2010 – Rapport du groupe « Prospective du système de santé »  
Paris : La documentation française 1993 ; 3 tomes.- 1044p
59. SOURTY-LE GUELLEC M-J.  
L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ?  
Paris : CREDES 1997 ; biblio n°1183.- 9p
60. TCHOBROUTSKY G., WONG O.  
Le métier de médecin  
Paris : PUF 1993.- 128p
61. UNIVERSITE DE TOUS LES SAVOIRS.  
Les maladies et la médecine  
Paris : Odile Jacob 2002.- 346p
62. VRANCKEN D.  
L'hôpital déridé  
Paris : L'Harmattan 1999.- 185p

# *ANNEXES*

**ANNEXE 1**

**Décret N°92-1100 du 02/X/1992**

**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 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> - Dans la section 1 du chapitre II du titre 1<sup>er</sup> 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-I. - 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 :

« 1. - 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° 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° 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° 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° 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 autre 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 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> . - Sont insérés au chapitre II du titre 1<sup>er</sup> 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 a 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 a domicile

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en oeuvre 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 a 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 a 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 a 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 oeuvre 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  
auxquels 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 1er 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 no 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<sup>er</sup>. - Il est inséré au chapitre II du titre 1<sup>er</sup> 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'article 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 usagers 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 oeuvre 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'activité effectués, 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, d'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 oeuvre 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 oeuvre 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'activité 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 avant 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.

## FEDERATION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION A DOMICILE

« 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 oeuvre 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

**ANNEXE 2**

**Circulaire DH/E02/2000/295 du 30/V/2000**



Direction des hôpitaux

La ministre de l'emploi et de la solidarité

La secrétaire d'Etat à la santé et à l'action  
sociale

à

Mesdames et messieurs les directeurs  
d'agence régionale de l'hospitalisation  
*(pour mise en œuvre)*

Mesdames et messieurs les préfets de  
région  
Directions régionales des affaires  
sanitaires et sociales  
*(pour information)*

Mesdames et messieurs les préfets de  
département  
Directions départementales des affaires  
sanitaires et sociales  
*(pour information)*

Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Résumé : L'hospitalisation à domicile (HAD) est encore relativement peu développée en France, alors que son intérêt pour la qualité de la prise en charge des patients a été montré. Cette circulaire vise à mieux définir le rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins à domicile et précise les conditions d'une amélioration de la qualité en charge des patients. Les services d'HAD participent à la formation des intervenants libéraux dans leurs domaines de compétence, en particulier, la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs à domicile. Les ARH favoriseront le développement des structures d'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle notamment par la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'HAD qu'ils soient publics ou privés.

Mots clefs : hospitalisation à domicile - typologie des séjours - charges en soins - critères d'admission - services de maintien à domicile - qualité des prises en charge -

Textes de référence : Articles L.712-2, L.712-10, R.712-2-1., R.712-2-3, R.712-2-4, D.712-13-1, D.712-35 à 39 du code de la santé publique

L'hospitalisation à domicile (HAD), prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, permet de dispenser 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. Les services d'HAD sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins.

L'hospitalisation à domicile répond incontestablement au souhait d'un nombre grandissant de personnes malades, particulièrement lorsqu'elles sont atteintes de pathologies chroniques qui nécessitent des soins techniques, comme les cancers, les pathologies neurologiques, l'infection à VIH par exemple. Ces pathologies souvent graves ont incité les équipes à développer des compétences pour la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

L'hospitalisation à domicile est relativement peu développée en France : en juin 1999, 68 structures, pour un total de 3908 places autorisées, se répartissaient de manière inégale sur le territoire.

Les recommandations qui suivent ne concernent que les hospitalisations de malades adultes, excluant pour l'instant la pédiatrie et l'obstétrique qui constituent, cependant, une part importante de l'activité de certains services d'HAD et nécessiteront une approche spécifique.

La présente circulaire se fixe pour objectifs :

- De définir les missions de l'HAD et de préciser sa place parmi les structures de soins à domicile : les services doivent disposer de critères pour l'admission d'un malade qui soient cohérents avec la définition de l'HAD.
- D'améliorer la qualité de la prise en charge des patients : pour cela, plusieurs mesures sont nécessaires, et toutes supposent une meilleure collaboration entre les professionnels des secteurs ambulatoires et hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés. En effet, les patients hospitalisés à domicile, lorsqu'ils sont atteints de pathologies graves, nécessitent l'implication de professionnels hospitaliers, spécialistes du domaine, de médecins traitants, responsables du suivi du patient, et de personnels paramédicaux compétents pour les actes techniques qu'ils requièrent. L'amélioration de la prise en charge suppose aussi que soient pris en compte la dimension psychosociale de la maladie et le retentissement sur les proches. Elle passe par une formation des professionnels amenés à intervenir à domicile dans les domaines de la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, ou des protocoles de chimiothérapie, par exemple.

### 1. Définition de l'HAD et de son champ d'intervention

L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, c'est à dire à la fois :

- une coordination des soins (décret du 2 octobre 1992 codifié article R. 712-2-1 du code de la santé publique) ;

- une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient ;
- des soins infirmiers, quasi-quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier, ou des soins infirmiers moins fréquents, avec des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiens, auxquels peuvent s'ajouter, le cas échéant :
  - des soins dispensés par un aide-soignant,
  - des soins d'orthophonie,
  - des conseils de diététique,
  - une prise en charge psychologique,
  - des prestations d'ergothérapie,
  - une prise en charge sociale.

Ne sont pas admis en HAD les malades :

- qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés,
- qui relèvent de soins infirmiers à domicile (SIAD),
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnels en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent,
- qui relèvent uniquement de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale (malades pris en charge par des structures spécialisées dans ce type de soins) et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, conformément à l'article R.712-2-2 du code de la santé publique,

## 2. Les types de soins délivrés et les critères d'admission en HAD

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de différents modes de prise en charge, qui, selon l'état de santé de la personne, peuvent être classés dans trois catégories de soins :

- Les soins ponctuels sont définis comme des soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple).
- Les soins continus associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.
- La réadaptation au domicile est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie.

La grille jointe à la circulaire (annexe 1) décrit les types de séjours à partir d'indicateurs comme la dépendance du patient (indice de Kamofsky<sup>1</sup>), le temps de soins (incluant les soins infirmiers, le nursing par aides soignants ou infirmiers selon les structures, et la coordination) et les temps d'intervention des kinésithérapeutes. Cette typologie des séjours met en évidence des

---

<sup>1</sup> Annexe 2

différences de charge en soins selon la nature des soins délivrés en HAD, en lien avec la dépendance du patient et son état de santé. Ces éléments, fournis par une enquête réalisée dans trois services d'HAD<sup>2</sup>, sont donnés à titre indicatif.

### 3. La qualité de la prise en charge

Afin d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés à domicile, il convient de veiller à la mise en place des orientations suivantes :

#### 3.1 Renforcer les liens entre établissements de santé et services d'HAD

Quand les services d'HAD dépendent d'un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier (PSPH), ils doivent être pris en compte dans les projets d'établissement au même titre que les autres services. Quand il s'agit de services d'HAD gérés par des associations, des conventions doivent être signées avec les établissements qui adressent habituellement des patients au service d'HAD. Les liens entre les services qui utilisent l'HAD et la structure d'HAD doivent être formalisés pour éviter les ruptures de prise en charge. Les conventions liant les structures d'HAD et les établissements de santé devront prévoir l'élaboration de projets thérapeutiques, les modalités de liaison avec le médecin traitant, les ré-hospitalisations et la prise en charge des urgences.

Jusqu'à présent, l'implication des médecins hospitaliers dans la prise en charge des patients au domicile est hétérogène d'un service à un autre. La complexité des pathologies en HAD impose cependant un renforcement de la collaboration des services hospitaliers avec les professionnels intervenant à domicile.

Le médecin hospitalier peut avoir deux rôles distincts :

- Un rôle de soins personnalisés aux malades dont il a la charge. Dans ce cadre,
  - il transmet au médecin coordonnateur<sup>3</sup> du service d'HAD et au médecin traitant les informations médicales concernant son patient,
  - il élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe de l'HAD,
  - il s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le ré-hospitaliser si nécessaire.
- Un rôle d'expert pour certaines pathologies dont les traitements complexes sont fréquents en HAD, comme la cancérologie, la cardiologie et la neurologie, etc.

Ainsi, les services ayant fréquemment recours à l'HAD pour leurs patients devront-ils désigner un médecin correspondant, dont le rôle sera le suivant :

- il est expert de la pathologie et organise avec la structure d'HAD la mise à disposition de procédures et protocoles thérapeutiques,
- il participe à la formation des médecins traitants et des personnels soignants,
- il collabore avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour le bénéfice du patient.

<sup>2</sup> Rapport sur l'hospitalisation à domicile – bilan et propositions- juin 1999 – direction des hôpitaux

<sup>3</sup> Voir définition du rôle du médecin coordonnateur paragraphe 3.3.2

### 3.2 Renforcer les liens entre secteur libéral et HAD

#### 3.2.1 Le médecin traitant

Le médecin traitant est choisi librement par le malade. Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable du suivi du malade :

- l'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord, au vu du projet thérapeutique,
- il réévalue, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution, en lien, si besoin, avec le service hospitalier où a été hospitalisé le patient,
- il décide de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel, si nécessaire.

La rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante du service d'HAD est de nature à faciliter la prise en charge et le suivi du patient.

#### 3.2.2 Les intervenants paramédicaux

Selon le statut de la structure d'HAD, la part d'intervenants libéraux est plus ou moins importante. Les professionnels de santé libéraux doivent être plus étroitement associés à l'hospitalisation à domicile, que ce soit dans un cadre associatif ou public. A l'exemple de certains services d'HAD, la collaboration avec les professionnels de santé libéraux doit être formalisée dans un contrat définissant le cadre juridique et la collaboration entre le service d'HAD et les intervenants libéraux. Le professionnel libéral s'engage à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations, le dossier de soins et, en particulier, à se prêter à l'évaluation de la qualité des soins.

### 3.3 Améliorer les conditions de fonctionnement de services d'HAD

L'HAD assure la prise en charge du malade avec une équipe pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, sociale et administrative/logistique (l'article D.712-37 du code de la santé publique apporte des précisions sur la composition des équipes d'HAD). La prescription de l'HAD est faite par le médecin traitant lors d'une consultation ou d'une visite ou par un médecin hospitalier.

#### 3.3.1 Systématiser l'élaboration du projet thérapeutique :

Le patient est admis en HAD sur la base d'un projet thérapeutique qui formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que son état nécessite. Ce projet est élaboré conjointement par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante du service d'HAD et par le médecin prescripteur de l'HAD pour l'admission du patient. Il sera actualisé durant le séjour et au moment de la sortie par le médecin traitant en concertation avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'HAD et, si nécessaire, le service social.

Le médecin coordonnateur donne son accord à l'admission du patient, au vu des éléments fournis par les médecins traitants et/ou hospitaliers. L'équipe paramédicale évalue la charge en soins et donne son accord sur le projet de soins. Le patient ne peut être admis que si son état nécessite des soins correspondant à la typologie définie plus haut (chapitre 2).

Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile. Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aide supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile. Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

Après avis du médecin coordonnateur, le responsable de la structure prononce l'admission du malade. L'équipe administrative prend en charge le suivi administratif et logistique du dossier, ainsi que la mise en place des moyens matériels nécessaires aux soins et au confort du malade.

L'équipe pluridisciplinaire du service d'HAD (médecin coordonnateur, personnel paramédical et social) évalue régulièrement la situation du patient et de son environnement familial, en lien avec le médecin traitant, pour envisager, si besoin, l'accompagnement psychologique des familles et des malades.

Toujours en accord avec le médecin traitant, elle organise dans les meilleures conditions la sortie du patient, en s'assurant que les relais utiles sont mis en place. En cela, le rôle du service social est essentiel pour aider les familles dans les démarches socio-administratives.

### 3.3.2 Préciser le rôle du médecin coordonnateur de l'HAD

Pour un fonctionnement adapté de l'HAD, le médecin coordonnateur remplit les fonctions suivantes :

- il est le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur,
- il émet un avis médical pour toute admission et sortie d'un patient de la structure d'HAD. Il s'appuiera pour cette décision médicale sur le projet thérapeutique du patient, proposé par le médecin prescripteur de l'HAD,
- il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient,
- il a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante,
- il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers,
- il participe à l'évaluation de la qualité du service d'HAD,
- il participe aux décisions stratégiques de la structure.

Actuellement, afin de conserver une compétence clinique, les médecins coordonnateurs partagent souvent leur temps avec des fonctions dans un service hospitalier traditionnel ou un cabinet libéral. Pour mieux remplir leurs différentes missions, les médecins coordonnateurs doivent disposer d'un temps adapté au nombre de malades pris en charge dans le service d'HAD.

### 3.3.3 L'accompagnement psychosocial et les aidants

L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est essentiel : en effet, les familles vivent des situations difficiles lorsqu'elles sont confrontées à la maladie et, notamment, à la mort de leur proche à domicile. L'intervention fréquente des soignants peut être vécue comme une atteinte à leur intimité.

Un soutien psychologique est donc parfois nécessaire, tant pour la famille que pour le malade, et il doit être possible dans chaque service. Dans les structures d'une certaine taille, un psychologue est souvent intégré à l'équipe. Quand le service est trop petit pour avoir un tel personnel, l'intervention d'un psychologue doit pouvoir être rémunérée par le service. Des conventions peuvent être passées avec les services où sont hospitalisés le plus souvent les patients, s'ils disposent d'un psychologue. Cette solution a l'avantage d'assurer une continuité dans le suivi du patient.

### 3.3.4 Développer la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs par les services d'HAD

Compte tenu des pathologies graves prises en charge en HAD, le traitement de la douleur et les soins palliatifs font partie intégrante des activités de soins de l'HAD. Toute personne hospitalisée à domicile doit bénéficier d'une prise en charge adaptée de la douleur. Toute personne qui le nécessite et le souhaite doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs à domicile.

L'hospitalisation à domicile nécessite, dans la grande majorité des cas, un relais par la famille ou l'entourage proche. Cette participation de la famille est plus ou moins intense selon les patients et le stade de la maladie. En cas de soins palliatifs, par exemple, la charge devient lourde pour les proches et un renfort peut être nécessaire à certains moments, afin d'éviter l'hospitalisation ou la ré-hospitalisation en établissement de santé.

A ce titre, dans le cadre du plan triennal de développement des soins palliatifs, un dispositif d'accompagnement du maintien à domicile des personnes en fin de vie est prévu par la CNAMTS dans le cadre du fonds national d'action sanitaire et sociale. Ce dispositif permettra notamment la prise en charge financière de gardes-malades à domicile et de prestations extra-légales (nutriments et incontinence). Des informations complémentaires relatives aux modalités d'application de ce dispositif vous seront communiquées ultérieurement.

Les structures d'HAD doivent avoir les moyens nécessaires pour développer ces types de prise en charge qui supposent des temps de soins importants. Il peut être parfois souhaitable d'organiser une permanence téléphonique 24H/24 avec une équipe formée aux soins palliatifs. Un travail en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs des établissements de santé doit être envisagé dans le cadre de conventions. Pour permettre de prévenir l'épuisement professionnel, un soutien, qui peut prendre la forme de groupe de parole, de rencontres des équipes, de soutien psychologique, doit être apporté aux équipes soignantes.

### 3.3.5 Former les professionnels intervenant à domicile

Les professionnels intervenant à domicile dans le cadre des services d'HAD ont, le plus souvent, reçu préalablement une formation, que ce soit à des soins techniques particuliers ou à la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs. Les professionnels libéraux doivent pouvoir également en bénéficier. Ces formations peuvent être réalisées par le médecin coordonnateur de l'HAD ou par des professionnels hospitaliers quand ils ont des liens réguliers avec les intervenants à domicile.

Afin de mieux faire connaître les pratiques de soins à domicile, il n'y aurait que des avantages à ce que les services d'hospitalisation à domicile servent de terrains de stages pour les internes ou les résidents de médecine et pour le personnel paramédical en formation.

### 3.3.6 Le dossier du patient

Afin de faciliter la continuité des soins, l'échange d'informations entre les différents intervenants à domicile est indispensable. Que ce soit sous forme de dossier papier ou de dossier informatisé, il faut veiller à la confidentialité des données et en sécuriser l'accès.

#### 4. Développer l'HAD dans chaque région

##### 4.1 Développer le nombre de services et de places

Il paraît nécessaire, compte tenu de ces différents éléments, d'encourager la création ou l'extension de services d'HAD pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs régions ont prévu dans leur schéma d'organisation sanitaire (SROS) la création ou le développement significatif de ce type de service qui doit, bien entendu, se développer en complémentarité avec d'autres services de maintien à domicile. Il est utile de faire une évaluation des besoins au niveau régional en fonction des différents objectifs de soins auxquels peut répondre l'HAD.

##### 4.2 Développer des antennes en milieu rural

Dans les départements où il n'y a aucune place d'HAD, la mise en place de ce type de prise en charge doit constituer une priorité. Actuellement, les services sont bien souvent concentrés en zone urbaine, d'accès plus facile et où le relais avec un plateau technique est plus rapide. L'implantation en zone rurale doit pourtant être développée, d'autant plus que la population y est souvent plus âgée. Cette implantation peut s'appuyer sur des antennes déconcentrées, situées dans des établissements de santé.

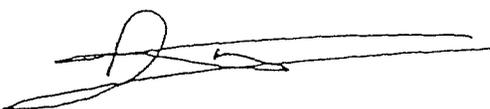
##### 4.3 Favoriser les contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'HAD

Les contrats d'objectifs et de moyens sont le support d'un développement quantitatif et qualitatif des services d'HAD. La prise en charge à domicile des patients doit être envisagée dans le projet médical et dans le projet d'établissement pour les services rattachés à un établissement public. Les modalités de prise en charge des patients, l'intervention des différents acteurs (hospitaliers, services d'HAD, libéraux) devront tenir compte des recommandations formulées précédemment pour améliorer la sécurité et la qualité des soins apportées aux patients. Selon les orientations définies dans le SROS, les services pourront développer plus particulièrement des types de prise en charge considérés comme prioritaires : prise en charge de la douleur, soins palliatifs, oncologie, soins de suite et réadaptation en tenant compte de l'existant. Toutefois les services d'HAD n'ont pas vocation à se spécialiser. La complémentarité avec les autres services de maintien à domicile devra être envisagée, avec possibilités de passage de l'un à l'autre suivant l'intensité des soins requis. La participation à un réseau de soins plus vaste intégrant les différentes structures et facilitant l'accès aux soins du patient ne peut être qu'un avantage.

Nous vous demandons de veiller à ce que l'hospitalisation à domicile prenne, dans votre région, la part qui lui revient au regard de sa spécificité et des besoins qu'elle a vocation à satisfaire. Vous nous ferez part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces orientations

LA MINISTRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITE

LA SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE  
ET AUX HANDICAPES



Martine AUBRY



Dominique GILLOT

## Annexe 1 : Caractéristiques des séjours en HAD selon les types de soins

Les données fournies dans le tableau suivant sont issues d'une enquête réalisée dans 3 services d'HAD. Elles indiquent, pour chaque type de soins, la répartition des niveaux de dépendance du patient, du temps soignant (IDE + aides soignants + coordination), des temps de kinésithérapie et des durées de séjour. La fréquence des pathologies à l'origine de l'admission, ainsi que celle de deux modes de prise en charge (chimiothérapie et soins palliatifs) sont également précisées, de même que l'intensité de la surveillance médico-soignante pour chaque type de soins. Ces éléments, analysés avec différents professionnels de services d'HAD, sont donnés à titre indicatif pour servir de référence aux services.

<b>Soins ponctuels</b>	<i>Soins destinés à un patient ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée, avec des soins techniques lourds et complexes. Ces soins sont fréquemment réitérés.</i>			
Karnofsky (K)	Médiane <sup>c</sup> K : 70%	80% ont K < 80%	64% ont K < 70%	20% ont K < 40%
Durée prévisible du séjour	Médiane : 13 jours	75% < 6 semaines	25% < 5 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 50 mn	75% < 1 H 30	25% < 20 mn	
Temps kiné par semaine	Médiane : 3 H 45	75% < 6 H 25	25% < 2H 15	Avec kiné : 34%
Etiologie	Cancéro : 60%	Cardio : 7%	VIH : 8%	
Chimiothérapie	40% des séjours	64 % des cancers		
Soins palliatifs	neant			
<i>Surveillance infirmière permanente, 3 à 7 interventions IDE par semaine au minimum</i>				
<i>Au moins 1 à 2 interventions médicales par semaine</i>				

<b>Soins continus</b>	<i>Soins destinés à des patients ayant une pathologie évolutive, pris en charge pour une durée non déterminée, associant des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime.</i>			
<b>1. Soins continus chez des patients avec Karnofsky &gt; 40 %</b>				
Karnofsky (K)	Médiane K : 60%	80% K < 70%	66% K < 60%	40 % K < 50%
Durée prévisible du séjour	Médiane : 36 jours	75% < 23 semaines	25 % < 8 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 1 H	75 % < 1H 30	25% < 35 mn	
Temps kiné par semaine	Médiane : 1 H 35	75% < 2 H 20	25 % < 1 H	avec kiné : 56 %
Etiologie	Cancéro : 63%	Cardio: 10 %	Neuro : 10 %	
Chimiothérapie	16,5% des séjours	25 % des cancers		
Soins palliatifs	34%			
<i>3 à 7 interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 passage quotidien au minimum</i>				
<i>Au moins 1 intervention médicale par semaine</i>				
<b>2. Soins continus chez des patients avec Karnofsky &lt; ou = 40 %</b>				
Karnofsky (K)	Médiane K : 40%	30% K < 30%	15 % K < 20%	
Durée prévisible du séjour	Médiane : 69 jours	75% < 28 semaines	25% < 21 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 1 H 25	75 % < 2 H	25% < 1 H	
Temps kiné par semaine	Médiane : 2 H	75 % < 2 H 35	25 % < 1 H 10	avec kiné : 78 %
Etiologie	Cancéro : 50%	Cardio : 14%	Neuro : 17%	
Chimiothérapie	10% des séjours	18,5 % des cancers		
Soins palliatifs	37%			
<i>7 interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 à 2 passages quotidiens au minimum</i>				
<i>Au moins 1 intervention médicale par semaine</i>				

<b>Soins de réadaptation au domicile</b>	<i>Soins destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, cardiologique ou d'une polyopathie</i>			
Karnofsky (K)	Médiane : 40%	80% K < 50%	20% K < 30%	
Durée prévisible du séjour	Médiane : 42 jours	75% < 10 semaines	25 % < 21 jours	
Temps soignant par jour	Médiane : 90 mn	75 % < 1 H 50	25% < 1 H	
Temps kiné par semaine	Médiane : 2 H 15	75 % < 3 H	25 % < 1 H 30	avec kiné : 85 %
Etiologie	Cancéro : 11%	Cardio : 23%	Neuro : 30 %	
Chimiothérapie	neant			
Soins palliatifs	neant			
<i>3 à 7 interventions IDE par semaine plus autres paramédicaux, soit 1 à 2 passages quotidiens au minimum</i>				
<i>Au moins 1 intervention médicale par semaine</i>				

1. L'indice de Karnofsky mesure la dépendance des personnes (annexe 4)

2. La médiane est la valeur qui répartit la distribution en deux parties égales. Ici, 50 % des patients ont un Karnofsky au dessus ou au dessous de 70 %

## Annexe 2 : indice de Karnofsky

100 %	Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie
90 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs
70 %	Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler
60 %	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels
50 %	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40 %	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30 %	Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
20 %	Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10 %	Moribond, processus fatal progressant rapidement

REPUBLIQUE FRANCAISE

11 DEC. 2000

MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉDirection de l'hospitalisation et  
de l'organisation des soins

08827

La ministre de l'emploi et de la solidarité

La secrétaire d'Etat à la santé et aux  
handicapés

à

Mesdames et messieurs les directeurs  
d'agence régionale de l'hospitalisation  
(mise en œuvre)Mesdames et messieurs les préfets de  
région  
Directions régionales des affaires  
sanitaires et sociales  
(pour information)Mesdames et messieurs les préfets de  
département  
Directions départementales des affaires  
sanitaires et sociales  
(pour information)

Objet : Complément à la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à  
l'hospitalisation à domicile

La circulaire du 30 mai relative à l'hospitalisation à domicile a défini les types de soins qui peuvent y être délivrés : soins ponctuels, soins continus et soins de réadaptation au domicile. Ces soins nécessitent la mise en œuvre d'un ou plusieurs modes de prise en charge, prescrits préalablement à l'admission du patient. Chacun de ces modes de prise en charge est caractérisé par des exigences de coordination médicale, de soins infirmiers et d'autres soins paramédicaux.

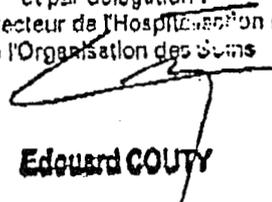
Vous trouverez ci-joint un document intitulé « modes de prise en charge et critères de classement en hospitalisation à domicile », destiné aux services d'hospitalisation à domicile. Ce document recense 17 modes de prise en charge, qui leur permet de déterminer, préalablement à l'admission du patient, de quel type de soins il relève. Il est accompagné d'un modèle de fiche d'admission. Cette fiche a été testée dans 17 services d'HAD volontaires au mois de mars 2000 et le document a été modifié en fonction des remarques qui ont été faites. Il est vraisemblable que la liste des modes de prise en charge sera régulièrement enrichie par l'usage qu'en feront les services

d'HAD. L'analyse annuelle de ces fiches au sein des services doit faciliter l'élaboration du bilan d'activité. 2

Je vous prie de bien vouloir diffuser le document définissant les modes de prise en charge relevant d'une HAD et la fiche d'admission à l'ensemble des services de votre région et de me tenir informé des remarques qu'ils pourraient vous faire quant à son utilisation en routine.

Pour le Ministre et le secrétaire d'Etat  
et par délégation :

Le Directeur de l'Hospitalisation et  
de l'Organisation des Soins

  
Edouard COUTY

**Fiche d'admission en service d'hospitalisation à domicile**

*A remplir par le cadre infirmier ou l'infirmier le jour de l'entrée à domicile de toute personne admise en HAD*

Service d'HAD :

Département |\_\_|

Date de naissance du patient : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

1. Mode(s) de prise en charge prescrit(s) : *cochez chacun des modes de prise en charge prescrits (cf. définition dans le document joint)*

- Assistance respiratoire
- Chimiothérapie
- Douleur
- Education du patient et de son entourage
- Immunothérapie
- Nutrition entérale
- Nutrition parentérale
- Pansements complexes (Escarres, ulcères, brûlés...)
- Prise en charge psychologique et/ou sociale
- Radiothérapie
- Rééducation orthopédique
- Rééducation neurologique
- Soins palliatifs
- Surveillance post- chimiothérapique
- Surveillance d'aphasie
- Traitement anti-infectieux ou autre par voie veineuse
- Transfusion sanguine
- Autres traitements

Si autres traitements, préciser : \_\_\_\_\_

2. Dépendance à l'entrée: Indice de Karnofsky (au domicile) : |\_\_| % (cf. document joint)

3. Types de soins : *Cochez le type de soins auquel correspond le patient en fonction de la classification définie dans le document joint*

- Si le patient relève de plusieurs modes de prise en charge dont un, au moins, est classé en soins continus, classer le patient en soins continus
- Si le patient relève de plusieurs modes de prise en charge tous classés en soins ponctuels, le classer en soins ponctuels
- Si le patient relève de plusieurs modes de prise en charge dont un au moins est classé en réadaptation, le classer en soins de réadaptation (sauf s'il a également un mode de prise en charge en soins continus : dans ce cas, le classer en soins continus)

- Soins ponctuels
- Soins continus
- Soins de réadaptation

**Hospitalisation à domicile :**  
**Modes de prise en charge et critères de classement dans les types de soins**

Selon l'état de santé de la personne, différents types de soins peuvent être délivrés au cours de l'HAD : soins ponctuels, soins continus ou soins de réadaptation au domicile. Ils nécessitent la mise en œuvre d'un ou plusieurs modes de prise en charge définis préalablement à l'admission du patient. Chacun de ces modes de prise en charge est caractérisé par des exigences de coordination médicale, de soins infirmiers et d'autres soins paramédicaux (kinésithérapie en particulier).

Les critères d'admission en HAD ont été bâtis sur la base des besoins de soins du patient à l'entrée. Ce document donne une définition de chacun des modes de prise en charge les plus couramment dispensés en HAD. Il ne vise pas à décrire la totalité des soins qui peuvent être dispensés à une personne durant son hospitalisation. Il essaie de distinguer dans quelles conditions, le malade relève de tel ou tel type de soins. Cette liste n'est sans doute pas exhaustive, elle sera complétée au fil du temps grâce aux services d'HAD et elle évoluera également à mesure que l'HAD remplira pleinement sa fonction de substitution à l'hospitalisation en établissement.

## Liste des différents modes de prise en charge

- Antibiothérapie (voir traitements)
- Antiviraux (voir traitement)
- Aplasies (voir surveillance)
- Assistance respiratoire
- Autres traitements (fin de liste)
- Chimiothérapie
- Douleur
- Education
- Escarres : voir pansements complexes
- Nutrition entérale
- Nutrition parentérale
- Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés)
- Prise en charge psychologique et/ou sociale
- Radiothérapie
- Rééducation neurologique
- Rééducation orthopédique
- Soins palliatifs
- Surveillance post-chimiothérapique
- Surveillance des aplasies
- Traitement anti-infectieux ou autres traitements par voie veineuse
- Transfusion sanguine

## Types de soins délivrés en HAD

**Soins ponctuels** : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple)

**Soins continus** : ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.

**Soins de réadaptation au domicile** : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie

Modes de prise en charge	Définition	Types de soins en HAD	
		Condition pour HAD	Classement
Assistance respiratoire	Ce mode de prise en charge concerne des patients dont l'autonomie respiratoire est réduite (autonomie par 24 heures inférieure à 4 H). Il comporte le suivi médico-infirmier du patient, la maintenance des appareillages, mais également les soins éducatifs au patient et à son entourage.	Associé à au moins un autre mode de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$	Soins continus Soins de réadaptation au domicile si associé à un mode de prise en charge à visée rééducative
Chimiothérapie	La prise en charge comporte : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie</li> <li>• la surveillance médico-soignante des thérapeutiques</li> <li>• la surveillance et la gestion des effets secondaires immédiats et retardés.</li> </ul>	- Durée > 1 heure, - et/ou réhydratation, - et/ou surveillance médico-infirmière pendant au moins 24 H	Soins ponctuels  Soins continus si - associé à un autre mode de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$
Douleur	Ce mode de prise en charge comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques.		Soins ponctuels  Soins continus si - associé à un autre mode de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$
Education du patient et de son entourage	Suivi médico-infirmier quasi quotidien et éducation visant à rendre le patient le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires, stomies, surcharge pondérale, épilepsie...)		Soins ponctuels Soins continus si - associé à au moins un autre mode de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$  Soins de réadaptation au domicile si associé à un mode de prise en charge à visée rééducative

Modes de prise en charge	Définition	Types de soins en HAD	
		Condition pour HAD	Classement
<b>Nutrition entérale</b>	Ce mode d'alimentation entérale concerne des patients porteurs de sondes naso-gastriques, de gastrostomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'H.A.D. Il nécessite le plus souvent une surveillance soignante continue, la maintenance des pompes et l'éducation du patient et de son entourage.	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels  Soins continus si - associé à au moins deux autres modes de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$
<b>Nutrition parentérale</b>	Ce mode de prise en charge concerne essentiellement les solutions binaires et ternaires. La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (gestion d'une voie veineuse centrale, fourniture et maintenance des pompes).	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels  Soins continus si - associé à au moins deux autres modes de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$
<b>Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...) et soins spécifiques (stomies compliquées)</b>	Ce mode de prise en charge concerne les patients porteurs de plaies complexes nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluri-quotidienne.		Soins ponctuels  Soins continus si - associé à un autre mode de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$
<b>Prise en charge psychologique et /ou sociale</b>	Il s'agit du soutien psychologique du malade et de son entourage et/ou d'une prise en charge sociale par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux)	En complément d'un autre mode de prise en charge	Il n'influence pas le mode de classement

Modes de prise en charge	Définition	Types de soins en HAD	
		Condition pour HAD	Classement
Radiothérapie	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico-soignante des effets secondaires d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle.	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels  Soins continus si - associé à au moins deux autres modes de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$
Rééducation orthopédique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie orthopédique.	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels  Soins continus si - associé à au moins deux autres modes de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$ ( <i>ex : fractures chez un cancéreux, ou chez un polyopathologique</i> )  Réadaptation au domicile si - associé à au moins deux autres modes de prise en charge dont un à visée rééducative, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$  ( <i>ex : amputation traumatique</i> )

Modes de prise en charge	Définition	Types de soins enHAD	
		Condition pourHAD	Classement
Rééducation neurologique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec élaboration d'un projet de rééducation spécifique au patient et à sa pathologie neurologique.	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins continus si - associé à au moins un autre mode de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$ <i>(ex : sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique ou Parkinson, séquelles d'AVC)</i>  Réadaptation au domicile, quand l'objectif est un maintien ou un gain d'autonomie présumé, - associé à au moins un autre mode de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$  <i>(ex : AVC récent d'au plus un mois, suites d'intervention chirurgicales pour tumeur, retentissement psychomoteur d'une tumeur cérébrale)</i>
Soins palliatifs	Il s'agit de la prise en charge d'un patient et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale et soignante dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie ou d'une phase terminale.		Soins continus

Modes de prise en charge	Définition	Types de soins en HAD	
		Condition pour HAD	Classement
<b>Surveillance post chimiothérapie</b>	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico-soignante des effets secondaires d'une chimiothérapie hospitalière : surveillance infectieuse, hématologique et nutritionnelle.		Soins ponctuels  Soins continus si - associé à un autre mode de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50$ %
<b>Surveillance des aplasies</b>	La prise en charge comporte, quelle que soit la méthode aplasiant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la surveillance médico-soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique</li> <li>• la surveillance et la gestion des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion, décision d'hospitalisation).</li> </ul>		Soins ponctuels  Soins continus si - associé à un autre mode de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50$ %
<b>Traitement anti-infectieux et autres traitements par voie veineuse</b>	Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou autre traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre sur voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques. Elle nécessite plusieurs passages infirmiers par jour.		Soins ponctuels  Soins continus si - associé à un ou plusieurs modes de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50$ %

Modes de prise en charge	Définition	Types de soins en HAD	
		Condition pour HAD	Classement
Transfusion sanguine	La transfusion sanguine est assurée directement, selon les lieux, par l'équipe médico-soignante de l'H.A.D. ou en partenariat direct avec l'EFS. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle infirmier dans la transfusion sanguine et la surveillance des incidents et accidents.	- Associé à un autre mode de prise en charge - ou Karnofsky $\leq 50\%$ ,	Soins ponctuels  Soins continus si - associé à au moins deux autres modes de prise en charge, - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$
Autres traitements : ne sont concernés que les traitements, exceptionnels ou peu fréquents, susceptibles de relever d'une HAD et non listés par ailleurs	Il s'agit de prise en charge de patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique		Soins ponctuels  Soins continus si - associé à un autre mode de prise en charge - et/ou Karnofsky $\leq 50\%$  Soins de réadaptation si associé à un mode de prise en charge à visée rééducative

## Indice de Karnofsky

100 %	Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie
90 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80 %	Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs
70 %	Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler
60 %	Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels
50 %	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40 %	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
30 %	Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente
20 %	Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10 %	Moribond, processus fatal progressant rapidement

## **ANNEXE 3**

**Récapitulatif du nombre de structures d'HAD  
en France en septembre 2002**

Etablissements adhérents à la FNEHAD

Etablissements non adhérents à la FNEHAD

### Récapitulatif du nombre de structures d'HAD en France en septembre 2002

Régions	Départements	Localité - nom de la structure	Nbre de places installées	Nbre de places autorisées	Statut juridique	Date d'autorisation	Date d'installation	Adhérents
<b>ALSACE</b>								
Bas Rhin	67	Schitigheim - CMCO	6	6	PR			
Haut Rhin	68	Mulhouse - Centre Hospitalier	20	15	PU			
<b>AQUITAINE</b>								
Dordogne	24	-						
Gironde	33	Le Bouscat - Hôpital Suburbain du Bouscat	30	30	PSPH	janv. 2002		30
Gironde	33	Bordeaux - Hôpital au Foyer Bagatelle	75	75	PSPH			75
Landes	40	Dax - Santé Service Dax	58	58	PR	+ 38 en oct 2001		58
Lot et Garonne	47	-						
Pyrénées Atlantiques	64	Bayonne - Santé Service Bayonne	46	50	PR	+ 5 en janv 2001		46
Pyrénées Atlantiques	64	Pau - HAD	20	20	PU			
<b>AUVERGNE</b>								
Allier	3	Moulins	12	12	PU			
Allier	3	Vichy	12	12	PU			12
Allier	3	Montluçon - CH	0	10	PU	juin-01		
Cantal	15	Aurillac - Centre Hospitalier	10	10	PU			
Haute Loire	43	-						
Puy de Dôme	63	Clermont-Ferrand - CHU	0	25	PU	déc-01		
Puy de Dôme	63	Clermont-Ferrand - Ass. François Perrottey	0	25	PR	déc-01		
<b>BRETAGNE</b>								

Côtes d'Armor	22	Lannion - Centre Hospitalier	10	10	PU			10
Finistère	29	-						
Ile et Vilaine	35	-						
Morbihan	56	-						
<b>BOURGOGNE</b>								
Côte d'Or	21	Dijon - Centre Georges Fr. Leclerc	12	12	PSPH			
Nièvre	58	-						
Saône et Loire	71	-						
Yonne	89	Joigny - Centre Hospitalier	25	25	PU			
<b>CENTRE</b>								
Cher	18	-						
Eure et Loire	28	-						
Indre	36	-						
Indre et Loire	37	Tours - Hôpital à Domicile	30	30	PR			30
Loir et Cher	41	-						
Loiret	45	Orléans - HAD 45	0	25	PR	janv-02		0
<b>CHAMPAGNE</b>								
Ardennes	8	Charleville Mézières - Mutualité des Ardennes	11	11	PR			11
Aubes	10	Troyes - Mutualité de l'Aube	12	18	PR	1 <sup>er</sup> Juil 2001		12
Marne	51	Reims - HAD Croix Rouge Française	25	25	PR			25
Haute-Marne	52	-						
<b>FRANCHE-COMTE</b>								
Doubs	25	Besançon - Mutualité Française du Doubs	25	25	PR	déc-01	janv-02	25
Doubs	25	Audincourt - Mutualité Française du Doubs	25	25	PR	déc-01	janv-02	25
Jura	39	-						
Haute-Saône	70	-						
Territoire de Belfort	90	Belfort - Centre Hospitalier	5	5	PU			
<b>CORSE</b>								
Corse Sud	2A	-						
Corse Nord	2B	-						
<b>ILE DE FRANCE</b>								

Paris	75	AP-HP	750	820	PU		750
Paris	75	Fondation de la Croix Saint Simon	180	185	PR	+5 déc 2001	180
Paris	75	Association François-Xavier Bagnoud	13	30	PR		13
Seine et Marne	77	-					
Yvelynes	78	Poissy - Centre Hospitalier	12	12	PU		
Yvelynes	78	St Germain en Laye - Centre Hospitalier	10	10	PU		
Essonne	91	-					
Hauts de Seine	92	Courbevoie - Centre Hospitalier	10	10	PU		
Hauts de Seine	92	Puteaux - Santé Service	1200	1200	PR		1200
Hauts de Seine	92	Puteaux - Centre Hospitalier	0	10	PU		
Hauts de Seine	92	Saint Cloud - Centre Hospitalier	4	4	PU		
Seine Saint Denis	93	Montfermeil	20	20	PU		20
Val de Marne	94	-					
Val d'Oise	95	-					
<b>LANGUEDOC-ROUSSILLON</b>							
Aude	11	-					
Gard	30	Ponteils - Centre Hospitalier	2	2	PU		
Gard	30	Alès - Centre Hospitalier	3	3	PU		
Hérault	34	Béziers - Syndicat Interhospitalier	10	10	PU		10
Hérault	34	Montpellier - Hôpital St Eloi	5	5	PU		
Hérault	34	Montpellier - CAC Val d'Aurelle	33	33	PSPH		
Lozère	48	-					
Pyrénées Orientales	66	-					
<b>LIMOUSIN</b>							
Corrèze	19	Tulle - Centre Hospitalier	10	10	PU		
Creuse	23	Noth - Centre R.R.F.	0	15	PR	févr-02	
Haute Vienne	87	Limoges - Santé Service Limousin	17	17	PR		17
Haute Vienne	87	Limoges - CHU	20	20	PU		
<b>LORRAINE</b>							
Meurthe et Moselle	54	Bainville - Centre Jacques Parisot	9	9	PR		
Meuse	55	-					

Moselle	57	Metz - Hôpital Ste Blandine	10	10	PSPH			10
Vosges	88	Gérardmer - Centre Hospitalier	5	5	PU			
<b>MIDI-PYRENEES</b>								
Ariège	9	-						
Aveyron	12	Rodez - Centre Mutualiste Soins Infirmiers	30	30	PR			30
Haute Garonne	31	Toulouse - Hôpital Purpan	30	30	PU			
Gers	32	-						
Lot	46	-						
Hautes Pyrénées	65	-						
Tarn	81	Albi - Centre Hospitalier	7	7	PU			
Tarn	81	Castres - Centre Hospitalier	6	6	PU			
Tarn et Garonne	82	-						
<b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b>								
Nord	59	Avesnes - Centre Hospitalier	4	4	PU			
Nord	59	Lille - Santély's Réseau	60	60	PR	déc-01	janv-02	60
Pas de Calais	62	Lens - Santé Services Lens	55	55	PR			55
Pas de Calais	62	Béthune - CH Beuvry et AHNAC	20	20	PR	janv-02	sept-02	
<b>BASSE-NORMANDIE</b>								
Calvados	14	Caen - Santé Croix Rouge	31	31	PR			31
Calvados	14	Bayeux - HAD	10	10	PR			
Calvados	14	Lisieux - Centre Hospitalier	12	12	PU			
Manche	50	-						
Orne	61	Alençon - Mutualité de l'Orne	19	19	PR	janv-02	janv-02	
<b>HAUTE-NORMANDIE</b>								
Eure	27	-						
Seine Maritime	76	Rouen - HADAR	18	40	PU	+22 en mar-02		18
<b>P.A.C.A.</b>								
Alpes de Haute Provence	4	-						
Hautes Alpes	5	-						
Alpes Maritimes	6	Cannes - Centre Hospitalier	15	15	PU			15
Alpes Maritimes	6	Nice - HAD de Nice et Région	120	120	PR			120

Alpes Maritimes	6	Grasse - Hôpital de Clavary	15	20	PU		
Bouches du Rhône	13	La Ciotat - Hôpital au Foyer	10	10	PR		
Bouches du Rhône	13	Marseille - Soins Assistance	60	60	PR		60
Bouches du Rhône	13	Marseille - Centre Gérontologique	10	15	PU		10
Bouches du Rhône	13	Marseille - A.P. La Conception	30	50	PU		
Bouches du Rhône	13	Marseille - Institut Paoli Calmettes	10	10	PSPH		10
Bouches du Rhône	13	Aix en Provence - Centre Hospitalier	8	8	PU		
Bouches du Rhône	13	Aubagne - Centre Hospitalier	20	20	PU		
Var	83	Toulon - Santé Solidarité du Var	57	57	PR		57
Vaucluse	84	Avignon - Assoc. pour l'HAD d'Avignon	22	22	PR		22
Vaucluse	84	Cavaillon - Centre Hospitalier	4	4	PU		
<b>PAYS DE LOIRE</b>							
Loire Atlantique	44	St Nazaire - HAD	10	15	PU		10
Loire Atlantique	44	Nantes - Hôpital à Domicile de Nantes	74	74	PSPH		74
Loire Atlantique	44	Nantes - Hôpital Mère et Enfant	18	18	PU		
Maine et Loire	49	Angers - Clinique St Sauveur	8	55	PR luc	+47 avr 2002	8
Mayenne	53	Laval - CH	0	10	PU	déc-00	
Sarthe	72	Le Mans - Association d'Hygiène Sociale	30	30	PR		30
Vendée	85	-					
<b>PICARDIE</b>							
Aisne	2	Soissons - Ass. Anne Morgan	18	18	PR		18
Oise	60	Beauvais - Centre Hospitalier	20	20	PU	avr-01	
Oise	60	Creil Senlis - FACSSO	0	31	PR	déc-01	0
Somme	80	Amiens - Soins Service	20	20	PR		20
<b>POITOU CHARENTES</b>							
Charente	16	Angoulême - Santé Service Charente	65	65	PSPH		65
Charente Maritime	17	La Rochelle - Centre Hospitalier	10	10	PU		
Charente Maritime	17	Saintes - CH	0	12	PU	déc-01	
Deux Sèvres	79	St Maixent l'Ecole - Hôpital Local	5	5	PU	janv-01	
Deux Sèvres	79	Melle - Centre Hospitalier	5	5	PU	janv-01	
Vienne	86	-					

RHONE-ALPES							
Ain	1	-					
Ardèche	7	-					
Drôme	26	Crest - HAD Centre Hospitalier	6	6	PU		
Isère	38	Grenoble - Centre Hospitalier	80	80	PU		80
Isère	38	La Mure - Centre Hospitalier	2	2	PU		
Loire	42	Roanne - Centre Hospitalier	25	25	PU		25
Rhône	69	Lyon - Soins et Santé	200	230	PR		200
Savoie	73	-					
Haute Savoie	74	-					
<b>TOTAL</b>			4071	4465			3577

<b>Hors Métropole</b>	97	Ste Clotilde - ARAR et HAD	50	50	PR	+35 janv 2002	50
	97	Ste Clotilde - ASDR	15	30	PR	mai-00	15
	98	Nouméa - Professionnels de santé	0	10	PR	janv-02	
<b>TOTAL</b>			4136	455			3642

## **ANNEXE 4**

**Règlement intérieur de l'HADAM**

**Charte de l'HAD**

**Plan de soins guide**



## REGLEMENT INTERIEUR SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE

### Préambule

Ce règlement intérieur définit les conditions d'organisation et de fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile.

Il précise les pratiques, conformes aux conditions réglementaires définies par les articles D712-30 à D712-39 du code de la Santé Publique.

Prévu à l'article D712-39, il fait partie intégrante des conditions techniques d'agrément et devra être respecté comme tel.

Tout changement de l'organisation et des pratiques fera l'objet d'une modification préalable.

Ce règlement intérieur est remis à chaque médecin traitant prenant en charge un patient hospitalisé dans la structure.

### Article 1 : Principes généraux de fonctionnement.

La structure d'hospitalisation à domicile officialisée par arrêté préfectoral le 17 juin 1996 dispose d'une capacité de 10 places correspondant à une activité de 3650 journées.

Cette structure permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés.

La structure fonctionne 24h sur 24h et intervient sur l'aire géographique de l'arrondissement de METZ et METZ campagne.

En dehors des plages d'ouverture, la continuité des soins est assurée par un système d'astreinte.

### Sont admis en hospitalisation à domicile les malades :

- atteints d'une pathologie évolutive ou non stabilisée dont l'état justifierait une hospitalisation complète en court séjour.
- nécessitant des soins actifs continus, coordonnés et complexes :
  - surveillance médicale avec prescription et réévaluation thérapeutique au moins hebdomadaire.
  - Soins infirmiers quotidiens
  - Soins de kinésithérapie, d'orthophonie ou d'ergothérapie le cas échéant.

**Sont affectés à cette activité :**

- des locaux spécifiques situés Bâtiment E 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage permettant d'assurer la gestion de la structure et la mise en œuvre de la coordination des prestations de soins et comprenant :
  - 1 bureau
  - 1 secrétariat médical
  - 1 local de rangement
  - 1 office sale
  - 1 salle de réunion
- un parc automobile permettant les déplacements à domicile.

### **Article 2 : Le médecin coordonnateur.**

La coordination médicale des activités du service d'hospitalisation à domicile est assurée par Monsieur le Docteur HULLEN, Anesthésiste réanimateur spécialisé dans le traitement de la douleur.

Référent médical de la structure, le médecin coordonnateur :

- Prononce l'admission en hospitalisation à domicile et en garantit les indications.
- Veille à la transmission de l'information médicale, nécessaire à la continuité des soins, entre les différents médecins et intervenants.
- Participe à l'évaluation hebdomadaire de l'équipe et s'assure en lien avec le médecin traitant de l'adéquation des traitements et de l'évolution de l'état de santé du patient.
- Propose la sortie de la structure en veillant à l'organisation des relais de prise en charge.
- Est chargé des relations avec le contrôle médical des organismes de sécurité sociale.
- Est responsable de la tenue du dossier médical et fournit toute information nécessaire à l'analyse de l'activité.

Le médecin coordonnateur n'est pas le médecin traitant. Sauf en cas d'urgence absolue, il n'est pas prescripteur.

### **Article 3 : Organisation générale et présence des personnels.**

#### **- Equipe paramédicale**

0,5 ETP IDE Cadre  
4 ETP IDE  
0,5 ETP Secrétaire médicale  
0,25 ETP Assistante Sociale

#### **- Continuité des soins et des liaisons**

Afin d'assurer permanence, continuité et sécurité des soins l'équipe assume ses prestations :

- du lundi au vendredi de 7h30 à 19h.
- les samedis, dimanches et jours fériés de 7h30 à 11h30 et de 16h à 19h.

- en dehors de ces plages horaires, la continuité de la liaison et de la prise en charge est assurée par un système d'astreinte à domicile, l'infirmière d'astreinte disposant d'un téléphone portable et d'un alphanumérique.

Les malades sont informés lors de leur admission des modalités de fonctionnement de la structure ainsi que des moyens permanents de liaison avec l'équipe.

Les conditions d'intervention de l'équipe lors des astreintes sont définies dans un document annexé.

### - Rôle de l'équipe

#### \* *le cadre infirmier*

- Encadre et anime l'équipe dont il coordonne les activités pour garantir une prestation de qualité.
- Axe privilégié d'une relation malade, famille, acteurs de soins, il coordonne les actions de tous les intervenants et fait appel aux paramédicaux libéraux si nécessaire.
- Il participe à l'évaluation de la prise en charge du malade par le service d'hospitalisation à domicile et donne son avis lors de l'admission et de la sortie.
- Il assure la continuité des soins, en fixe les objectifs et les évalue.
- Il organise le fonctionnement du service et en assure l'optimisation.

#### \* *L'infirmière*

- Effectue à domicile : les soins d'hygiène et de confort  
les soins techniques  
les soins d'éducation et de prévention  
les surveillances  
Assure la prise en charge psychologique du patient et de son entourage.

#### \* *L'assistante sociale*

- Etudie les situations familiales et socio-économiques du malade avant son admission en hospitalisation à domicile.
- Met en place les différents modes de prise en charge
- Participe aux réunions de coordination de l'équipe sur sollicitation du cadre infirmier.

### - Le médecin traitant

- Reçoit des transmissions concernant le patient par l'intermédiaire du médecin coordonnateur.
- Est responsable des prescriptions thérapeutiques à domicile
- Assure la surveillance du patient à son domicile
- Note ses observations et changements de prescription sur le dossier de soins
- Peut contacter à tout moment les membres de l'équipe.

Le malade a le libre choix du médecin qui le prendra en charge à son domicile sous réserve que ce dernier accepte les conditions de fonctionnement de la structure. Ce médecin doit obligatoirement être conventionné et facturer ses actes sur la base des tarifs en vigueur.

## **- Prestations assurées**

Le service d'hospitalisation à domicile prend en charge

- Les consultations médicales.
- Les soins paramédicaux prescrits par le médecin traitant.
- Le suivi social des malades et des familles.
- Les transports sanitaires prescrits par le médecin traitant.
- La mise à disposition du matériel nécessaire à l'exécution des soins.
- Les médicaments, consommables et matériel stériles fournis par la pharmacie.
- Les examens de laboratoire, de radiologie.
- Les frais de fonctionnement de la structure.

Le service d'hospitalisation à domicile n'assure ni la fourniture ni l'entretien du linge.

## **Article 4 : Modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux.**

### **- Le dossier médical :**

Tenu conformément à l'article R 710-2-1 à R 710-2-10 du code de la Santé Publique, il comporte les documents établis lors de l'admission, durant le séjour et lors de la sortie.

### **- Le dossier d'admission comporte :**

- La demande écrite du malade, de sa famille ou de son représentant légal.
- La demande d'admission (fiche médicale) réalisée par le médecin qui propose l'entrée en hospitalisation à domicile, précisant le traitement et les soins nécessaires ainsi que le cas échéant le compte rendu d'hospitalisation.
- Le résultat de l'évaluation paramédicale et sociale réalisée par le cadre infirmier et l'assistante sociale.

### **- La demande de prise en charge.**

Est adressée aux organismes sociaux dont dépend le malade.

### **- Le dossier de soins comporte :**

- Un dossier patient restant à domicile pour transmission aux différents intervenants
- Un dossier soignant que l'infirmière garde avec elle pour transmissions et permettant la continuité des soins.

### **- Communication du dossier**

La communication du dossier est assurée par le médecin coordonnateur de la structure d'hospitalisation à domicile sous la responsabilité du directeur, dans le respect des dispositions réglementaires .

Le dossier médical est conservé au service d'archives de l'hôpital.

### Article 5 : Permanence et continuité des soins

La structure est organisée de manière à garantir la continuité des soins et la liaison permanente entre les patients, leurs familles et les personnels dans les conditions définies à l'article 3.

Lors de leur admission, les patients sont informés du numéro de téléphone permettant de joindre 24 heures sur 24 y compris les dimanches et jours fériés la structure.

Ce numéro unique de jour comme de nuit figure en première page du dossier patient restant à domicile.

Pendant les heures de service normal, l'appel parvient directement au service. En dehors de ces heures, l'appel est répercuté sur le standard téléphonique de l'hôpital.

Dans ce cas, l'infirmière d'astreinte est immédiatement contactée par le standardiste.

Les critères d'intervention de l'équipe lors des astreintes sont précisés dans le document annexé.

En cas de nécessité la structure de l'hospitalisation à domicile garantit aux patients pris en charge, leur transfert dans un établissement de santé.

### Article 6 : Aire géographique d'intervention

Le service d'hospitalisation à domicile intervient dans l'aire géographique des arrondissements de METZ et METZ Campagne comme précisé dans l'agrément.

Le Directeur Général



C. BECK



## CHARTRE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Tout service d'hospitalisation à domicile doit, préalablement à son ouverture, avoir obtenu l'agrément de l'agence régionale d'hospitalisation conformément aux dispositions prévues par le code de la santé et les textes en vigueur.

Tout service d'HAD assure une mission de service public et les obligations qui en découlent : l'accueil sans discrimination, la continuité des soins.

Les structures adhérant à cette charte s'engagent obligatoirement dans un processus constant de démarche d'accréditation définie par l'ANAES pour l'hospitalisation à domicile. Elles mettent en œuvre l'analyse de leur fonctionnement et de leur organisation dans les conditions qui leur permettent de les infléchir dans le sens des conclusions de l'analyse.

Cette charte pourra être portée à la connaissance des personnes qui sollicitent une prise en charge à domicile.

### Les principes fondamentaux

- Le service du malade est au centre des préoccupations de la structure d'HAD.

- L'HAD est une prise en charge globale, évolutive, qualitative et coordonnée quel que soit l'âge du malade et pour toute pathologie dont les soins sont compatibles avec le domicile.

- L'HAD assure une prise en charge avec une équipe pluridisciplinaire : médicale, paramédicale, sociale, administrative et logistique.

- L'HAD assure des soins d'intensité et de nature hospitalière apportés au domicile du patient.

Maillon important et fondamental de la chaîne de soins, l'hospitalisation à domicile est capable de s'adapter rapidement aux données

épidémiologiques et aux particularismes locaux.

### La prise en charge en HAD

Elle est subordonnée à une prescription médicale par le médecin (médecin hospitalier ou médecin traitant), à l'accord écrit du malade ou à défaut de sa famille et du médecin traitant, aux évaluations suivantes :

- Médicale, faite par le médecin coordonnateur du service d'HAD en collaboration avec le médecin traitant ;

- Paramédicale, faite par l'équipe soignante d'encadrement, qui évalue la charge en soins et qui définit en accord avec les médecins le projet de soins ;

- Sociale, réalisée par son service social, qui étudie avec le malade, sa famille et les différents intervenants au domicile le projet de soutien à domicile pour garantir une bonne qualité de vie. Ce service effectue, pour le compte du malade, les démarches utiles et nécessaires ;

- Logistique, avec les services qui assurent la mise en place des matériels utiles et nécessaires ;

- Administrative, avec le concours des services administratifs qui assurent la gestion du dossier auprès des organismes d'Assurance maladie ;

- Financière, veillant à l'utilisation optimale des moyens alloués pour dispenser les soins de qualité.

### Les principaux engagements du service D'HAD

- Dispenser les soins curatifs et palliatifs, ainsi que les actions pré-

ventives et éducatives que requiert l'état du malade, comme veiller à la continuité des soins.

- Apporter au domicile du malade des soins dispensés avec tact et mesure autant qu'il est nécessaire, et dans la mesure de ce qu'il est raisonnable d'entreprendre dans un domicile privé. Répondre aux impératifs du bon usage des soins médicaux, conformément aux données actualisées des connaissances médicales et au souci de la modération des dépenses.

- Être particulièrement attentif à toute évolution technologique permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la formation continue de son personnel.

- Fournir toutes les informations nécessaires lors de la prise en charge du patient et lui remettre, à son admission, un livret d'accueil.

- Organiser dans les meilleures conditions la sortie du patient de l'HAD, en veillant à ce que des relais nécessaires soient mis en place.

- Fournir à l'entourage du patient des informations attentives afin de faciliter sa tâche dans les aides qu'il apporte quotidiennement au malade.

- Apporter une attention toute particulière au strict respect des règles déontologiques en vigueur concernant en particulier le secret médical et le secret professionnel.

- En tant que réseau de soins, favoriser dans l'intérêt du patient toutes les formes de coopération utiles avec tous les intervenants du système sanitaire et social.

- Gérer les moyens budgétaires qui lui sont alloués dans le respect des règles juridiques, financières et comptables en vigueur et fournir aux autorités de tutelle les données économiques et médicales requises afin d'obtenir la valorisation de son activité.

<b>Plan de soins guide</b>																						
<p>Étiquette : _____ Ouvert le : _____ par : _____</p> <p><b>Diagnostic Infirmier :</b> Risque élevé de défaillance dans le rôle de l'aidant naturel.  <b>Définition :</b> La personne qui s'occupe d'un malade à domicile risque d'éprouver de la difficulté à exercer son rôle d'aidant.</p>																						
<b>Facteurs favorisants</b>																						
<p><b>• Facteurs physiopathologiques :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Gravité de la maladie du patient</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Problème ou altération de l'état de santé de l'aidant</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Évolution imprévisible de l'état de santé du patient</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Surinvestissement ou codépendance de l'aidant</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Retour à domicile d'une personne nécessitant des soins importants</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>• Facteurs développementaux :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Responsabilités trop lourdes compte tenu de l'âge de l'aidant naturel</p> <p><b>• Facteurs psycho-sociaux :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Problème psychologique de la personne soignée</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Dysfonctionnement de la famille avant la maladie</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Comportements incongrus de la personne soignée</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Difficultés liées au fait du changement de rôle de l'aidant</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Mésentente de longue date entre la personne soignée et l'aidant</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>• Facteurs situationnels :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Logement mal adapté aux exigences des soins</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Présence de stress situationnel (situation économique précaire, événement familial majeur)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Longueur de la période des soins par rapport à la durée prévue</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Violence verbale entre le patient et l'aidant</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Isolement de l'aidant naturel</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Manque de répit ou de loisir pour l'aidant</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Inexpérience de l'aidant</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Incapacité pour l'aidant de dispenser des soins trop nombreux ou trop complexes</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Gravité de la maladie du patient	<input type="checkbox"/> Problème ou altération de l'état de santé de l'aidant	<input type="checkbox"/> Évolution imprévisible de l'état de santé du patient	<input type="checkbox"/> Surinvestissement ou codépendance de l'aidant	<input type="checkbox"/> Retour à domicile d'une personne nécessitant des soins importants		<input type="checkbox"/> Problème psychologique de la personne soignée	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement de la famille avant la maladie	<input type="checkbox"/> Comportements incongrus de la personne soignée	<input type="checkbox"/> Difficultés liées au fait du changement de rôle de l'aidant	<input type="checkbox"/> Mésentente de longue date entre la personne soignée et l'aidant		<input type="checkbox"/> Logement mal adapté aux exigences des soins	<input type="checkbox"/> Présence de stress situationnel (situation économique précaire, événement familial majeur)	<input type="checkbox"/> Longueur de la période des soins par rapport à la durée prévue	<input type="checkbox"/> Violence verbale entre le patient et l'aidant	<input type="checkbox"/> Isolement de l'aidant naturel	<input type="checkbox"/> Manque de répit ou de loisir pour l'aidant	<input type="checkbox"/> Inexpérience de l'aidant	<input type="checkbox"/> Incapacité pour l'aidant de dispenser des soins trop nombreux ou trop complexes
<input type="checkbox"/> Gravité de la maladie du patient	<input type="checkbox"/> Problème ou altération de l'état de santé de l'aidant																					
<input type="checkbox"/> Évolution imprévisible de l'état de santé du patient	<input type="checkbox"/> Surinvestissement ou codépendance de l'aidant																					
<input type="checkbox"/> Retour à domicile d'une personne nécessitant des soins importants																						
<input type="checkbox"/> Problème psychologique de la personne soignée	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement de la famille avant la maladie																					
<input type="checkbox"/> Comportements incongrus de la personne soignée	<input type="checkbox"/> Difficultés liées au fait du changement de rôle de l'aidant																					
<input type="checkbox"/> Mésentente de longue date entre la personne soignée et l'aidant																						
<input type="checkbox"/> Logement mal adapté aux exigences des soins	<input type="checkbox"/> Présence de stress situationnel (situation économique précaire, événement familial majeur)																					
<input type="checkbox"/> Longueur de la période des soins par rapport à la durée prévue	<input type="checkbox"/> Violence verbale entre le patient et l'aidant																					
<input type="checkbox"/> Isolement de l'aidant naturel	<input type="checkbox"/> Manque de répit ou de loisir pour l'aidant																					
<input type="checkbox"/> Inexpérience de l'aidant	<input type="checkbox"/> Incapacité pour l'aidant de dispenser des soins trop nombreux ou trop complexes																					
<p>Objectifs : M. - Mme - Melle                  Sera capable : _____ Dans un délai de : _____ jours</p> <p>A/ _____ C/                  B/ _____ D/</p>																						
<b>Dates début</b>	<p style="text-align: center;"><b>Actions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Évaluer les éléments qui risquent de détériorer la situation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préciser le degré de responsabilité qu'assume l'aidant, sa contribution aux soins ainsi que la durée des soins.</li> <li>- Relever les points forts de l'aidant et de la personne soignée.</li> <li>- Évaluer les risques d'accident pour l'aidant et la personne soignée.</li> <li>- Discuter avec l'aidant de sa façon de voir la situation et de ses inquiétudes</li> </ul> </li> <li>• <b>Proposer à l'aidant des stratégies qui lui permettront de mieux faire face à la situation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discuter avec lui des stratégies qui pourront l'aider à coordonner les soins à donner avec ses autres obligations.</li> <li>- Discuter du caractère ininterrompu de la responsabilité des soins et de l'importance du partage des tâches avec les autres membres de la famille.</li> <li>- Discuter avec lui des facteurs de stress associés aux soins à domicile (problème physiques, émotionnels, environnementaux, financiers).</li> <li>- Expliquer aux aidants secondaires qu'ils doivent veiller sur l'aidant principal et lui accorder des périodes de répit.</li> <li>- L'aider à déterminer les activités pour lesquelles il a besoin d'aide (soins à la personne soignée, lessive, ménage, repas, courses, transport, entretien du jardin, répit en nombre d'heures par semaine).</li> <li>- L'amener à reconnaître les comportements d'autodépendance (lui faire remarquer lorsqu'il fait des choses à la place de l'autre alors que celui-ci est capable de le faire) et à comprendre les effets négatifs de ses comportements.</li> </ul> </li> <li>• <b>Participer au mieux-être de l'aidant</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lui expliquer qu'il doit répondre à ses propres besoins et non seulement à ceux de la personne aidée.</li> <li>- Lui demander s'il a besoin de répit et d'aide à court terme.</li> <li>- Insister sur l'importance des activités quotidiennes favorisant la santé (repos, exercices physiques, cercles d'amis, alimentation équilibrée, passe-temps, loisirs, techniques de relaxation).</li> <li>- Adresser l'aidant au psychologue des soins palliatifs ou autre si besoin.</li> <li>- Informer l'aidant sur les ressources disponibles dans la communauté (services sociaux, aides ménagères, livraison de repas à domicile, associations).</li> </ul> </li> <li>• <b>Actions personnalisées</b></li> </ul>	<b>Dates fin</b>																				

## **ANNEXE 5**

**Le questionnaire**

**La lettre de présentation**

**Les résultats**

Brahim HAMMOUCHE  
13 Boucle des Erables  
57100 THIONVILLE

Tél : 06.68.82.19.99  
03.82.82.78.63

Thionville, le 27 septembre 2002

Cher(e)s Confrères,

Dans le cadre de mon travail de thèse de doctorat en médecine générale sous la direction du Professeur J. D. DE KORWIN et des Docteurs C. HULLEN et S. SIEGRIST, je vous serais reconnaissant de bien vouloir compléter un questionnaire concernant l'hospitalisation à domicile (H.A.D).

Bien que cinquantenaire, l'H.A.D comme alternative à l'hospitalisation traditionnelle demeure encore embryonnaire dans le tissu sanitaire français témoignant des difficultés de sa mise en œuvre. L'H.A.D se définit comme « dispense au domicile du patient pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et para-médicaux en continu nécessairement coordonnés ».

Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile en particulier par leur complexité et la fréquence des actes. L'H.A.D doit donc être distinguée de toutes les autres formes de soins à domicile notamment du maintien à domicile.

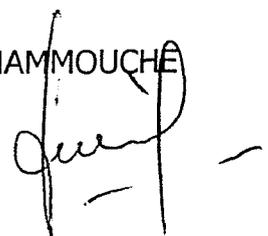
Aussi, l'objectif de ce travail de thèse est de faire une évaluation en Lorraine et plus spécifiquement sur le secteur de Metz de votre connaissance de l'H.A.D, vos points de vue quant à sa place dans le système de soins actuel, ainsi que les difficultés rencontrées et/ou les réticences à la pratique de l'H.A.D dans votre quotidien.

Par ailleurs, conformément à la loi N°78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique et aux libertés, les données recueillies resteront strictement confidentielles et vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition à la cession de toute information vous concernant.

Merci de répondre avant le 15/10/2002 à l'adresse suivante (enveloppe timbrée fournie) : B. HAMMOUCHE – 13 boucle des Erables – 57100 THIONVILLE

Sur votre demande, nous nous engageons à vous communiquer les résultats de cette enquête.

Bien cordialement.

B. HAMMOUCHE  


# QUESTIONNAIRE D'HOSPITALISATION A DOMICILE GROUPE A

## 1) QUI ETES-VOUS ? :

Nom : \_\_\_\_\_

Lieu d'exercice : \_\_\_\_\_

Sexe : F  M  Age : | | |

Année d'installation : | | | |

### Type d'exercice professionnel :

Rural :

Semi-rural :

Urbain :

Seul(e) :

Associé(e) :

Cabinet informatisé  oui  non

Internet  oui  non

Exercices particuliers  oui  non  
(lesquels : \_\_\_\_\_)

Diplômes post-universitaires  oui  non  
(Préciser : \_\_\_\_\_)

Proportion dans la patientèle de :  
. personnes âgées ≥ 65 ans : | | |  
. de malades chroniques : | | |

### A combien estimez-vous le nombre de vos patients en fin de vie :

Aucun  Entre 1 et 5  Entre 5 et 10  Entre 10 et 15  Plus de 15

### A combien estimez-vous le nombre de vos patients dépendants :

Aucun  Entre 1 et 10  Entre 10 et 30  Entre 30 et 50  Plus de 50

### Participez-vous à un réseau :

Oui  Non   
Soins à domicile  Maintien à domicile   
Hospitalisation à domicile  Soins palliatifs   
Ville-hôpital (VIH, Hépatite C, diabète,...)  Autres   
(préciser : \_\_\_\_\_)

### Intervenez-vous dans des institutions :

Maison de retraite  Hôpital  Autres

### Participez-vous actuellement à une action :

- de formation associative (FMC, audit,...) Oui  Non   
- de formation pédagogique (enseignant, maître de stage,...) Oui  Non   
- organisationnelle de la profession (syndicale, ordinale,...) Oui  Non

## 2) CONNAISSEZ-VOUS L'HAD ? :

Existe-t-il une structure HAD dans votre secteur géographique ? Oui  Non  Ne sait pas

S'il n'existe pas de structure HAD dans votre secteur géographique, seriez-vous favorable à la création d'une telle structure ? Oui  Non  pourquoi ? \_\_\_\_\_

### Pour vous, l'HAD répond-t-elle à :

un désir personnel  une demande du patient  ne se prononce pas  
 un besoin professionnel  une demande de sa famille  
 une nécessité socio-économique  une demande hospitalière (manque de place)

### Selon vous, l'HAD est-elle un service rendu :

au patient  au médecin traitant  à l'ARH  
 à sa famille  à l'hôpital  autres (préciser \_\_\_\_\_)

Pour vous, qui prend en charge les frais inhérents à l'HAD (hospitalisation, actes, visites, assurance professionnelle,...) ?

### **3) VOUS PARTICIPEZ OU AVEZ PARTICIPE A UNE HAD :**

**Comment avez-vous connu l'HAD ?**

Congrès  FMC  Presse  Autre  (préciser : \_\_\_\_\_)

**Avez-vous déjà prescrit une HAD ?**

Oui  Non

**Avez-vous déjà refusé une HAD ?**

Oui  Non

(Si oui, pourquoi : \_\_\_\_\_)

**Nombre de malades déjà suivis en HAD :**

| | | | |

**Nombre de visites effectuées par semaine :**

| | | | |

**Durée moyenne d'intervention auprès du patient en HAD :**

| | | | | minutes

**A votre avis qui peut bénéficier de l'HAD parmi vos patients ?**

**Citer les types de pathologies qui vous semblent relever de l'HAD ?**

**Quels types d'aides et de collaborations vous offre l'HAD (ou vous a offert) pour votre pratique quotidienne ?**

Ressources humaines :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - travail en équipe                                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - compétences des soignants (infirmiers, kiné,...)  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - médecin hospitalier spécialisé dans la pathologie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - médecin coordinateur                              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Ressources techniques :

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - facilité de mise en œuvre de la démarche                             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - accessibilité de la structure  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - action sanitaire rapide  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - action de soins coordonnés   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - action thérapeutique efficace  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - accessibilité au matériel adapté et médicaments hospitaliers         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - encadrement de la gestion et de l'utilisation du matériel spécialisé | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - organisation de sortie coordonnée                                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - préparation de la mise en place d'aides sociales futures             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**Quelles sont les difficultés rencontrées durant une HAD :**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - pathologies lourdes  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - contraintes matérielles professionnelles (déplacement, temps matériel...)      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - maîtrise de gestes techniques pratiqués au lit du malade                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - maîtrise des dispositifs médicaux de nursing (stomie, pansements de plaie,...) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - maniement des antalgiques (morphine en PSE,...)                                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - aide à l'accompagnement des fins de vie (psychologique, travail de deuil,...)  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - méconnaissance des critères d'admission  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - méconnaissance des critères de sortie  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - manque d'informations sur le fonctionnement de la structure HAD                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - manque de coordination dans le fonctionnement de l'HAD                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - manque de partage dans les différents temps décisionnels                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

*Merci de retourner ce questionnaire accompagné au besoin de vos suggestions avant le 15 octobre 2002 à :  
Monsieur HAMMOUCHE Brahim – 13 Boucle des Erables –57100 THIONVILLE*

**Quelles sont les difficultés rencontrées durant une HAD (suite) :**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - accessibilité au médecin coordinateur                                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - accessibilité au dossier du patient                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - charge de travail   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - gestion de l'urgence du patient en HAD                                  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - isolement socio-familial du patient                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - épuisement familial du patient  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - environnement matériel du patient                                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - sectorisation géographique de l'HAD                                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - relationnelles avec :   |                              |                              |
| . le patient  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . la famille  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . l'équipe soignante hospitalière (IDE, aide soignante, ergothérapeute..) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . le médecin spécialiste hospitalier                                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . le médecin coordinateur   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . autres (secrétaire, psychologue, assistante sociale,...)                | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - non intégration de l'équipe soignante libérale (IDE, kiné,...)          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - partage du secret médical avec l'entourage                              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - responsabilités   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - autres difficultés rencontrées<br>(préciser : _____)                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**Etes-vous satisfait de votre expérience de l'HAD ?** Oui  Non

**L'HAD a-t-elle remis en question votre manière de travailler ?** Oui  Non

- coordination des soins
- suivi des patient
- développement capacité à mettre en place le maintien à domicile
- qualité de prise en charge
- participation à une formation (laquelles ou lesquelles \_\_\_\_\_)
- autres (préciser \_\_\_\_\_)

**Quel type de rémunération des visites en HAD vous semble-t-il le plus adéquat ?**

- à l'acte                       forfaitaire                       autres (préciser : \_\_\_\_\_)

**Ressentez-vous le besoin d'une formation ou d'une information complémentaire sur l'HAD ?**

Oui  Non

**Si oui, sous quelles formes ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> FMC                       | <input type="checkbox"/> Semaine médicale        |
| <input type="checkbox"/> Congrès                   | <input type="checkbox"/> Journées thérapeutiques |
| <input type="checkbox"/> Groupe de travail         | <input type="checkbox"/> Presses                 |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser : _____) |  |

**Dans quels domaines serait-il pertinent de réaliser cette formation ou cette information ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'enquête ?** Oui  Non

**Avez-vous des suggestions ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# QUESTIONNAIRE D'HOSPITALISATION A DOMICILE GROUPE B

## 1) QUI ETES-VOUS ? :

Nom : \_\_\_\_\_ Lieu d'exercice : \_\_\_\_\_

Sexe : F  M  Age : | | | | Année d'installation : | | | |

Type d'exercice professionnel :

Rural :  Semi-rural :  Urbain :   
Seul(e) :  Associé(e) :

Cabinet informatisé  oui  non Internet  oui  non

Exercices particuliers  oui  non Diplômes post-universitaires  oui  non  
(lesquels : \_\_\_\_\_) (Préciser : \_\_\_\_\_)

Proportion dans la patientèle de : . personnes âgées  $\geq$  65 ans : | | | |  
. de malades chroniques : | | | |

### A combien estimez-vous le nombre de vos patients en fin de vie :

Aucun  Entre 1 et 5  Entre 5 et 10  Entre 10 et 15  Plus de 15

### A combien estimez-vous le nombre de vos patients dépendants :

Aucun  Entre 1 et 10  Entre 10 et 30  Entre 30 et 50  Plus de 50

### Participez-vous à un réseau :

Oui  Non

Soins à domicile  Maintien à domicile   
Hospitalisation à domicile  Soins palliatifs   
Ville-hôpital (VIH, Hépatite C, diabète,...)  Autres   
(préciser : \_\_\_\_\_)

### Intervenez-vous dans des institutions :

Maison de retraite  Hôpital  Autres

### Participez-vous actuellement à une action :

- de formation associative (FMC, audit,...) Oui  Non   
- de formation pédagogique (enseignant, maître de stage,...) Oui  Non   
- organisationnelle de la profession (syndicale, ordinale,...) Oui  Non

## 2) CONNAISSEZ-VOUS L'HAD ? :

Existe-t-il une structure HAD dans votre secteur géographique ? Oui  Non  Ne sait pas

S'il n'existe pas de structure HAD dans votre secteur géographique, seriez-vous favorable à la création d'une telle structure ? Oui  Non  pourquoi ? \_\_\_\_\_

### Pour vous, l'HAD répond-t-elle à :

un désir personnel  une demande du patient  ne se prononce pas  
 un besoin professionnel  une demande de sa famille  
 une nécessité socio-économique  une demande hospitalière (manque de place)

### Selon vous, l'HAD est-elle un service rendu :

au patient  au médecin traitant  à l'ARH  
 à sa famille  à l'hôpital  autres (préciser \_\_\_\_\_)

Pour vous, qui prend en charge les frais inhérents à l'HAD (hospitalisation, actes, visites, assurance professionnelle,...) ? \_\_\_\_\_

### **3) VOUS N'AVEZ JAMAIS PARTICIPE A UNE HAD ?**

**Connaissez-vous l'HAD ?**

Oui  Non  Pas trop

**Avez-vous déjà refusé une HAD**

Oui  Non

(Si oui, pour quelles raisons ?

**Savez-vous que vous pouvez prescrire une HAD ?**

Oui  Non

**Pour quels motifs n'utilisez-vous pas l'HAD ?**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - pas de patient relevant de l'HAD  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - absence de structure dans votre zone géographique d'activité                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - crainte du regard de l'équipe hospitalière paramédicale                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - longueur du délai de prise en charge  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - rigidité du système (lourdeur administrative,...)                               | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - inaccessibilité du médecin coordinateur   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - méconnaissance des critères d'admission   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - méconnaissance des critères de sortie   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - manque d'information sur le fonctionnement de la structure HAD                  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - manque de coordination dans le fonctionnement de l'HAD                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - manque de partage dans les différents temps décisionnel                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - crainte de perte du statut de médecin libéral                                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - crainte de perte de patients  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - charge de travail   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - rémunération insuffisante   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - contraintes matérielles professionnelles (déplacement, temps matériel,...)      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - méconnaissance des dispositifs médicaux de nursing (stomie, pst de plaie,...)   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - crainte dans le maniement des antalgiques (morphine en PSE,...)                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - crainte de faire face à l'accompagnement des fins de vie (travail de deuil,...) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - crainte de méconnaître l'utilisation de techniques spécialisées                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - gestion de l'urgence du patient en HAD  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - relationnelles avec :   |                              |                              |
| . le patient (refus,...)  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . la famille (refus,...)  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . l'équipe soignante hospitalière (IDE, aide soignante, ergothérapeute..)         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . le médecin spécialiste hospitalier  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . le médecin coordinateur   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| . autres (secrétaire, psychologue, assistante sociale,...)                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - non intégration de l'équipe soignante libérale (IDE, kiné,...)                  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - responsabilités   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - partage du secret médical avec l'entourage                                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - incapacité des aidants naturels du patient (isolement socio-familial,...)       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - environnement matériel du patient inadapté                                      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - désintérêt  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - autres motifs (préciser) : _____  |                              |                              |

**A votre avis qui peut bénéficier de l'HAD parmi vos patients ?**

---

---

---

*Merci de retourner ce questionnaire accompagné au besoin de vos suggestions avant le 15 octobre 2002 à :*  
**Monsieur HAMMOUCHE Brahim – 13 Boucle des Erables – 57100 THIONVILLE**

**B**



The FREQ Procedure

TypExPr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	9	39.13	9	39.13
2	14	60.87	23	100.00

Frequency Missing = 3

CabInf	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0 non	1	3.85	1	3.85
1 oui	25	96.15	26	100.00

Internet	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	3	11.54	3	11.54
1	23	88.46	26	100.00

ExPart	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	70.26	18	70.26
1	5	21.74	23	100.00

Frequency Missing = 3

EPlibel	Frequency	Percent
SMCF, médecin-sapeur pompier	1	20.00
coordonateur en maison retraite	1	20.00
homéopathie	3	60.00

EPlibel	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
SMCF, médecin-sapeur pompier	1	20.00
coordonateur en maison retraite	2	40.00
homéopathie	5	100.00

Frequency Missing = 21

DiplPU	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	16	61.54	16	61.54
1	10	38.46	26	100.00

1) description du groupe A (had)

The FREQ Procedure

EXEUBX	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
argancy	1	4.17	1	4.17
ats s/woselle	1	4.17	2	8.33
enneyr	1	4.17	3	12.50
hagondange	1	4.17	4	16.67
metz	11	45.83	15	62.50
mondelage	1	4.17	16	66.67
novent	2	8.33	18	75.00
reilly	1	4.17	19	79.17
rosbas	1	4.17	20	83.33
st marie aux chelines	1	4.17	21	87.50
talange	1	4.17	22	91.67
wippy	2	8.33	24	100.00

Frequency Missing = 2

Sexe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	23	88.46	23	88.46
2	3	11.54	26	100.00

age45	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	12	46.15	12	46.15
1 >45	14	53.85	26	100.00

aninst82	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	14	53.85	14	53.85
1 >82	12	46.15	26	100.00

TypLieu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	4	15.38	4	15.38
2	4	15.38	8	30.77
3	18	69.23	26	100.00

The FREQ Procedure

DPULibel	Frequency	Percent
capacité de gériatrie	1	10.00
ces medecine du travail	1	10.00
ces sante publique diu gériatrie - DIU pédagogie	1	10.00
diu pedagogie medicale	1	10.00
diu soins palliatifs, diu medecin coordonateur	2	20.00
dommage corporel	1	10.00
reparation juridique du dommage corporel	1	10.00
reparation juridique et dommage corporel	1	10.00
sante publique	1	10.00

DPULibel	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
capacité de gériatrie	1	10.00
ces medecine du travail	2	20.00
ces sante publique diu gériatrie - DIU pédagogie	3	30.00
diu pedagogie medicale	5	50.00
diu soins palliatifs, diu medecin coordonateur	6	60.00
dommage corporel	7	70.00
reparation juridique du dommage corporel	8	80.00
reparation juridique et dommage corporel	9	90.00
sante publique	10	100.00

Frequency Missing = 16

PropPAg	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
5	1	4.35	1	4.35
10	3	13.04	4	17.39
15	4	17.39	8	34.78
20	4	17.39	12	52.17
25	1	4.35	13	56.52
30	4	17.39	17	73.91
35	3	13.04	20	86.96
40	1	4.35	21	91.30
60	1	4.35	22	95.65
70	1	4.35	23	100.00

Frequency Missing = 3

The FREQ Procedure

PropMCh	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
10	2	10.53	2	10.53
20	5	26.32	7	36.84
25	2	10.53	9	47.37
30	2	10.53	11	57.89
40	4	21.05	15	78.95
50	1	5.26	16	84.21
60	2	10.53	18	94.74
70	1	5.26	19	100.00

Frequency Missing = 7

EstPatEV	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	2	7.69	2	7.69
1	21	80.77	23	88.46
2	3	11.54	26	100.00

EstPat0e	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	11	42.31	11	42.31
2	10	38.46	21	80.77
3	3	11.54	24	92.31
4	2	7.69	26	100.00

PartRes	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	14	53.85	14	53.85
1	12	46.15	26	100.00

Res9Dom	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	7.69	2	7.69
0	24	92.31	26	100.00

Res9Dom	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	8	30.77	8	30.77
0	18	69.23	26	100.00

ResVHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	6	23.08	6	23.08
0	20	76.92	26	100.00

ResMDom	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	7.69	2	7.69
0	24	92.31	26	100.00

ResSPal	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	11.54	3	11.54
0	23	88.46	26	100.00

ResAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

AutRes	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

InsMRte	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	19	73.08	19	73.08
0	7	26.92	26	100.00

InsHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	7.69	2	7.69
0	24	92.31	26	100.00

InsAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	7.69	2	7.69
0	24	92.31	26	100.00

CreatStr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

FourqCT	Frequency	Percent
aboutissement nécessaire dans maintien à domicile	1	100.00

FourqCT	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
aboutissement nécessaire dans maintien à domicile	1	100.00

Frequency Missing = 25

RepDPer	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	15.38	4	15.38
0	22	84.62	26	100.00

RepBPro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	16	61.54	16	61.54
0	10	38.46	26	100.00

RepNSEc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	17	65.38	17	65.38
0	9	34.62	26	100.00

RepDPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	12	46.15	12	46.15
0	14	53.85	26	100.00

RepDFam	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	8	30.77	8	30.77
0	18	69.23	26	100.00

InsAlib	Frequency	Percent
anaes	1	50.00
unite de vie pour handicapés	1	50.00

InsAlib	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
anaes	1	50.00
unite de vie pour handicapés	2	100.00

Frequency Missing = 24

ActFAss	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	5	20.00	5	20.00
1	20	80.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

ActFPed	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	13	59.09	13	59.09
1	9	40.91	22	100.00

Frequency Missing = 4

ActOPro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	17	77.27	17	77.27
1	5	22.73	22	100.00

Frequency Missing = 4

HADSGeo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	2	7.69	2	7.69
1	24	92.31	26	100.00

RepDMos	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	14	53.85	14	53.85
0	12	46.15	26	100.00

RepNSPP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

ScePat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	25	96.15	25	96.15
0	1	3.85	26	100.00

SceFam	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	18	69.23	18	69.23
0	8	30.77	26	100.00

SceMedT	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	13	50.00	13	50.00
0	13	50.00	26	100.00

SceHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	12	46.15	12	46.15
0	14	53.85	26	100.00

SceARH	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	3.85	1	3.85
0	25	96.15	26	100.00

SceAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

The FREQ Procedure

SceAutL	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

PECHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	13	50.00	13	50.00
2	9	34.62	22	84.62
4	4	15.38	26	100.00

ConCong	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

ConFMC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	6	23.08	6	23.08
0	20	76.92	26	100.00

ConPres	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	7.69	2	7.69
0	24	92.31	26	100.00

ConHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	15	57.69	15	57.69
0	11	42.31	26	100.00

ConAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	15.38	4	15.38
0	22	84.62	26	100.00

The FREQ Procedure

ConAutL	Frequency	Percent
confreere participation & sa creation	1	50.00
	1	50.00

ConAutL	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
confreere participation & sa creation	1	50.00
	2	100.00

Frequency Missing = 24

PresCHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	8	32.00	8	32.00
1	17	68.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

RefushHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	25	100.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

PourqRef	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

NbMSHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	9	36.00	9	36.00
2	5	20.00	14	56.00
3	6	24.00	20	80.00
4	1	4.00	21	84.00
5	2	8.00	23	92.00
10	2	8.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

The FREQ Procedure

NbVisEff	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	13	54.17	13	54.17
2	5	20.83	18	75.00
3	4	16.67	22	91.67
20	1	4.17	23	95.83
25	1	4.17	24	100.00

Frequency Missing = 2

DucMoyIn	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
3	1	4.00	1	4.00
15	3	12.00	4	16.00
20	6	24.00	10	40.00
30	10	40.00	20	80.00
35	1	4.00	21	84.00
40	1	4.00	22	88.00
45	3	12.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

BenefHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

TypPath	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

RHTravEq	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	24	100.00	24	100.00

Frequency Missing = 2

The FREQ Procedure

RHCCompso	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	24	100.00	24	100.00

Frequency Missing = 2

RHMedSpe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	3	12.00	3	12.00
1	22	88.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

RHMedCoo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	2	9.09	2	9.09
1	20	90.91	22	100.00

Frequency Missing = 4

RTFacMEO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	5	20.83	5	20.83
1	19	79.17	24	100.00

Frequency Missing = 2

PTAccSTR	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	4	17.39	4	17.39
1	19	82.61	23	100.00

Frequency Missing = 3

RTActSan	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	22	100.00	22	100.00

Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

RTActSol	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	1	4.35	1	4.35
1	22	95.65	23	100.00

Frequency Missing = 3

RTActThe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	25	100.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

RTAccMat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	2	8.70	2	8.70
1	21	91.30	23	100.00

Frequency Missing = 3

RTEncGes	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	2	8.33	2	8.33
1	22	91.67	24	100.00

Frequency Missing = 2

RTOrgSor	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	8	33.33	8	33.33
1	16	66.67	24	100.00

Frequency Missing = 2

RTASFut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	50.00	11	50.00
1	11	50.00	22	100.00

Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

DifPathL	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	7	31.82	7	31.82
1	15	68.18	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifConMP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	10	43.48	10	43.48
1	13	56.52	23	100.00

Frequency Missing = 3

DifMaIGT	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	13	59.09	13	59.09
1	9	40.91	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifMaiDM	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	12	54.55	12	54.55
1	10	45.45	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifManAn	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	19	90.48	19	90.48
1	2	9.52	21	100.00

Frequency Missing = 5

DifAACFV	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	50.00	11	50.00
1	11	50.00	22	100.00

Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

DifMecCA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	13	59.09	13	59.09
1	9	40.91	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifMecCB	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	16	69.57	16	69.57
1	7	30.43	23	100.00

Frequency Missing = 3

DifMInfo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	15	68.18	15	68.18
1	7	31.82	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifMCoor	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	20	90.91	20	90.91
1	2	9.09	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifManqP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	16	72.73	16	72.73
1	6	27.27	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifAccMC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	21	95.45	21	95.45
1	1	4.55	22	100.00

Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

DifAccDP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	81.82	18	81.82
1	4	18.18	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifChaTr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	9	39.13	9	39.13
1	14	60.87	23	100.00

Frequency Missing = 3

DifGesUr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	9	40.91	9	40.91
1	13	59.09	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifIsoSF	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	13	59.09	13	59.09
1	9	40.91	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifEpfAm	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	9	40.91	9	40.91
1	13	59.09	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifEnvMa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	13	59.09	13	59.09
1	9	40.91	22	100.00

Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

DifSecGe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	15	68.18	15	68.18
1	7	31.82	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifRelPa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	20	90.91	20	90.91
1	2	9.09	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifRelFa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	17	77.27	17	77.27
1	5	22.73	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifRelES	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	81.82	18	81.82
1	4	18.18	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifRelMS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	20	90.91	20	90.91
1	2	9.09	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifRelMC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	22	100.00	22	100.00

Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

DifRelAu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	20	95.24	20	95.24
1	1	4.76	21	100.00

Frequency Missing = 5

DifNIEqS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	14	66.67	14	66.67
1	7	33.33	21	100.00

Frequency Missing = 5

DifParSM	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	81.82	18	81.82
1	4	18.18	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifResp	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	13	59.09	13	59.09
1	9	40.91	22	100.00

Frequency Missing = 4

DifRAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	100.00	11	100.00

Frequency Missing = 15

SatExpet	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	2	8.33	2	8.33
1	22	91.67	24	100.00

Frequency Missing = 2

The FREQ Procedure

RemQueS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	12	50.00	12	50.00
1	12	50.00	24	100.00

Frequency Missing = 2

MTCoordS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	8	30.77	8	30.77
0	18	69.23	26	100.00

MTSuiPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	15.38	4	15.38
0	22	84.62	26	100.00

MTDevCap	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	6	23.08	6	23.08
0	20	76.92	26	100.00

MTQuaPEC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	19.23	5	19.23
0	21	80.77	26	100.00

MTPatFor	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

MTForLib	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

Frequency Missing = 26

The FREQ Procedure

MTAutre	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	3.85	1	3.85
0	25	96.15	26	100.00

MTAutLib	Frequency	Percent
valorisation de la PEC en médecine générale	1	100.00

MTAutLib	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
valorisation de la PEC en médecine générale	1	100.00

Frequency Missing = 25

TypRemun	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	18	78.26	18	78.26
2	5	21.74	23	100.00

Frequency Missing = 3

TypAutR	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

Frequency Missing = 26

BesForm	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	47.83	11	47.83
1	12	52.17	23	100.00

Frequency Missing = 3

ForFMC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	7	26.92	7	26.92
0	19	73.08	26	100.00

The FREQ Procedure

ForCongt	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	3.85	1	3.85
0	25	96.15	26	100.00

ForOpeTr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	7	26.92	7	26.92
0	19	73.08	26	100.00

ForsemM	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

ForJther	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	3.85	1	3.85
0	25	96.15	26	100.00

ForPress	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

ForAutre	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	3.85	1	3.85
0	25	96.15	26	100.00

ForALib	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
mémo résumant l'HAD en pratique quotidienne	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

The FREQ Procedure

DomForm	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
alimentation parentérale, réhydratation, maintien des antalgiques par voie parentérale	1	20.00	1	20.00
livret pratique technique "HAD mode d'emploi"	1	20.00	2	40.00
organisation de la structure	1	20.00	3	60.00
soins spécifique et technique de l'HAD	1	20.00	4	80.00
urgences cardio-respiratoires	1	20.00	5	100.00

Frequency Missing = 21

SouHResE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	5	20.00	5	20.00
1	20	80.00	25	100.00

Frequency Missing = 1

Suggest	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
édition d'un mémo, un vademecum décrivant les étapes de la PEC, les moyens à disposition et le bon usage de HAD	1	50.00	1	50.00
étendre la zone géographique d'intervention	1	50.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

BeAucPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

BeTouPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

The FREQ Procedure

BeCancer	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	7	100.00	7	100.00

Frequency Missing = 19

BeSoinPa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	12	92.31	12	92.31
0	1	7.69	13	100.00

Frequency Missing = 13

BeTraiDo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

BeFinVie	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	11	100.00	11	100.00

Frequency Missing = 15

BeNeuro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

Frequency Missing = 26

BeMalGe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

Frequency Missing = 26

The FREQ Procedure

BeCardio	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

BeNephri	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

Frequency Missing = 26

BePneumo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

BeInfect	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

Frequency Missing = 26

BeHepat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	26	100.00	26	100.00

Frequency Missing = 26

BePedia	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

The FREQ Procedure

BeDiabet	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

BeRhuma	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

BePersAg	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	100.00	3	100.00

Frequency Missing = 23

BePerAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	75.00	3	75.00
0	1	25.00	4	100.00

Frequency Missing = 22

BeSoinSR	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

BeDemenc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

The FREQ Procedure

BeBscSC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

BeTrauma	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

BeSurvPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

BeSorAnt	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	6	100.00	6	100.00

Frequency Missing = 20

BeRefHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

BePathMu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	100.00	5	100.00

Frequency Missing = 21

The FREQ Procedure

BeHandlo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

BeNVoPar	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	75.00	3	75.00
0	1	25.00	4	100.00

Frequency Missing = 22

BeNPlaTE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

BeIsoSPr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 26

BeNSP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	100.00	5	100.00

Frequency Missing = 21

BeCancer	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	15	100.00	15	100.00

Frequency Missing = 11

The FREQ Procedure

PaSoinPa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	15	100.00	15	100.00

Frequency Missing = 11

PaTraiDo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

PaFinVie	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	12	100.00	12	100.00

Frequency Missing = 14

PaNeuro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	9	100.00	9	100.00

Frequency Missing = 17

PaMalGe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

PaCardio	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	100.00	5	100.00

Frequency Missing = 21

The FREQ Procedure

PaNephc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

PaPneumo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	6	100.00	6	100.00

Frequency Missing = 20

PaInfect	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

PaHepat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

PaPedia	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

PaDiabet	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

The FREQ Procedure

PaTrauma	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	100.00	3	100.00

Frequency Missing = 23

PaSuvPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	100.00	4	100.00

Frequency Missing = 22

PaSorAnt	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	100.00	3	100.00

Frequency Missing = 23

PaRefHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

PaPathMu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

PaHandLo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

The FREQ Procedure

PaRhms	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

PaPerAg	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

PaPerAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	100.00	4	100.00

Frequency Missing = 22

PaSoinSR	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

PaDemenc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

PaEscSC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

The FREQ Procedure

PaWoPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 24

PaNPlatP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 25

PaIsoSPt	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 26

PaNSP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	100.00	3	100.00

Frequency Missing = 23

2) description du groupe B

The SAS System 14:16 Friday, December 13, 2002 213

The FREQ Procedure

LieuEx	Frequency	Percent
ANCY	1	2.50
CHATEL	1	2.50
LONGEVILLE LES METZ	1	2.50
LORRY LES METZ	1	2.50
METZ	6	15.00
MONTIGNY	2	5.00
MONTIGNY LES METZ	1	2.50
NOVENT	1	2.50
PIERREVILLERS	1	2.50
REMILLY	1	2.50
ROMBAS	2	5.00
VERNY	2	5.00
WOIPPY	1	2.50
ciouange	1	2.50
courcelles chaussy	1	2.50
lessy	1	2.50
metz	12	30.00
royevre grande	1	2.50
novent	1	2.50
verny	1	2.50
woippy	1	2.50

LieuEx	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
ANCY	1	2.50
CHATEL	2	5.00
LONGEVILLE LES METZ	3	7.50
LORRY LES METZ	4	10.00
METZ	10	25.00
MONTIGNY	12	30.00
MONTIGNY LES METZ	13	32.50
NOVENT	14	35.00
PIERREVILLERS	15	37.50
REMILLY	16	40.00
ROMBAS	18	45.00
VERNY	20	50.00
WOIPPY	21	52.50
ciouange	22	55.00
courcelles chaussy	23	57.50
lessy	24	60.00
metz	36	90.00
royevre grande	37	92.50
novent	38	95.00
verny	39	97.50
woippy	40	100.00

Frequency Missing = 1

The SAS System 14:16 Friday, December 13, 2002 214

The FREQ Procedure

Sexe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	28	70.00	28	70.00
2	12	30.00	40	100.00

Frequency Missing = 1

aged5	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	25	60.98	25	60.98
1	16	39.02	41	100.00

aninst82	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	32	78.05	32	78.05
1	9	21.95	41	100.00

TypLieu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	4	9.76	4	9.76
2	10	24.39	14	34.15
3	27	65.85	41	100.00

TypExPr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	17	51.52	17	51.52
2	16	48.48	33	100.00

Frequency Missing = 8

CabInf	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	9	21.95	9	21.95
1	32	78.05	41	100.00

The SAS System 14:16 Friday, December 13, 2002 215

The FREQ Procedure

Internet	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	12	30.77	12	30.77
1	27	69.23	39	100.00

Frequency Missing = 2

ExPart	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	29	76.32	29	76.32
1	9	23.68	38	100.00

Frequency Missing = 3

Eplibel	Frequency	Percent
HOMÉOPATHIE	1	11.11
MÉDECINE DU SPORT	1	11.11
MÉDECINE MANUELLE	1	11.11
expertise	1	11.11
gériatrie	1	11.11
homeopathie	4	44.44

Eplibel	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
HOMÉOPATHIE	1	11.11
MÉDECINE DU SPORT	2	22.22
MÉDECINE MANUELLE	3	33.33
expertise	4	44.44
gériatrie	5	55.56
homeopathie	9	100.00

Frequency Missing = 32

DiplFU	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	21	56.76	21	56.76
1	16	43.24	37	100.00

Frequency Missing = 4

The SAS System 14:16 Friday, December 13, 2002 215

The FREQ Procedure

DPULibel	Frequency	Percent
CES PNEUMOLOGIE/ MEDECINE DU TRAVAIL	1	6.25
DIU SANTE DE L ENFANT/ CES MEDECINE DU SPORT	1	6.25
GERONTOLOGIE	1	6.25
HOMÉOPATHIE	1	6.25
INFECTIOLOGIE	1	6.25
MÉDECINE DU SPORT	1	6.25
MÉDECINE LEGALE ET DOMMAGE CORPOREL	1	6.25
URGENCE/MEDECINE DU SPORT	1	6.25
capacité de gérontologie	1	6.25
ces médecine du sport	1	6.25
geriatrie, médecine tropicale, légale, du sport	1	6.25
homeopathie	3	18.75
médecine du sport	1	6.25
médecine légale, réparation juridique et dom, corp	1	6.25

DPULibel	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
CES PNEUMOLOGIE/ MEDECINE DU TRAVAIL	1	6.25
DIU SANTE DE L ENFANT/ CES MEDECINE DU SPORT	2	12.50
GERONTOLOGIE	3	18.75
HOMÉOPATHIE	4	25.00
INFECTIOLOGIE	5	31.25
MÉDECINE DU SPORT	6	37.50
MÉDECINE LEGALE ET DOMMAGE CORPOREL	7	43.75
URGENCE/MEDECINE DU SPORT	8	50.00
capacité de gérontologie	9	56.25
ces médecine du sport	10	62.50
geriatrie, médecine tropicale, légale, du sport	11	68.75
homeopathie	14	87.50
médecine du sport	15	93.75
médecine légale, réparation juridique et dom, corp	16	100.00

Frequency Missing = 25

The FREQ Procedure

PropPAg	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
5	2	5.41	2	5.41
10	4	10.81	6	16.22
12	1	2.70	7	18.92
14	1	2.70	8	21.62
15	6	16.22	14	37.84
16	1	2.70	15	40.54
20	7	18.92	22	59.46
25	2	5.41	24	64.86
30	7	18.92	31	83.78
35	2	5.41	33	89.19
40	2	5.41	35	94.59
50	1	2.70	36	97.30
60	1	2.70	37	100.00

Frequency Missing = 4

PropMCh	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
8	1	2.94	1	2.94
10	6	17.65	7	20.59
15	2	5.88	9	26.47
20	8	23.53	17	50.00
25	1	2.94	18	52.94
30	7	20.59	25	73.53
35	1	2.94	26	76.47
40	3	8.82	29	85.29
50	1	2.94	30	88.24
60	3	8.82	33	97.06
99	1	2.94	34	100.00

Frequency Missing = 7

EstPatFV	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	27.50	11	27.50
1	25	62.50	36	90.00
2	3	7.50	39	97.50
3	1	2.50	40	100.00

Frequency Missing = 1

The FREQ Procedure

EstPatDe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	3	7.69	3	7.69
1	22	56.41	25	64.10
2	11	28.21	36	92.31
3	1	2.56	37	94.87
4	2	5.13	39	100.00

Frequency Missing = 2

PartRes	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	25	67.57	25	67.57
1	12	32.43	37	100.00

Frequency Missing = 4

ResSDom	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	9.76	4	9.76
0	37	90.24	41	100.00

ResHDom	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	4.88	2	4.88
0	39	95.12	41	100.00

ResVHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	12.20	5	12.20
0	36	87.80	41	100.00

ResMDom	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	7	17.07	7	17.07
0	34	82.93	41	100.00

The FREQ Procedure

ResSPal	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	4.88	2	4.88
0	39	95.12	41	100.00

ResAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	41	100.00	41	100.00

AutRes	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	41	100.00	41	100.00

InsMRte	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	24	58.54	24	58.54
0	17	41.46	41	100.00

InsHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	4.88	2	4.88
0	39	95.12	41	100.00

InsAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	9.76	4	9.76
0	37	90.24	41	100.00

InsAlib	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
MABA	1	50.00	1	50.00
mas	1	50.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

The FREQ Procedure

ActFAss	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	45.00	18	45.00
1	22	55.00	40	100.00

Frequency Missing = 1

ActFPed	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	34	94.44	34	94.44
1	2	5.56	36	100.00

Frequency Missing = 5

ActOPro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	33	91.67	33	91.67
1	3	8.33	36	100.00

Frequency Missing = 5

HADSGeo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	2	4.88	2	4.88
1	34	82.93	36	87.80
2	5	12.20	41	100.00

CreatStc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	1	14.29	1	14.29
1	6	85.71	7	100.00

Frequency Missing = 34

PourqCT	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
qu'apporte t-elle de plus ?	1	100.00	1	100.00
PourqCT				
qu'apporte t-elle de plus ?	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

The FREQ Procedure

RepDFec	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	6	14.63	6	14.63
0	35	85.37	41	100.00

RepBPro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	23	56.10	23	56.10
0	18	43.90	41	100.00

RepNSEc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	29	70.73	29	70.73
0	12	29.27	41	100.00

RepDPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	23	56.10	23	56.10
0	18	43.90	41	100.00

RepDFan	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	18	43.90	18	43.90
0	23	56.10	41	100.00

RepDHos	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	20	48.78	20	48.78
0	21	51.22	41	100.00

RepNSPP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	4.88	2	4.88
0	39	95.12	41	100.00

The FREQ Procedure

ScePat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	38	92.68	38	92.68
0	3	7.32	41	100.00

SceFan	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	28	68.29	28	68.29
0	13	31.71	41	100.00

SceMedT	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	17	41.46	17	41.46
0	24	58.54	41	100.00

SceHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	18	43.90	18	43.90
0	23	56.10	41	100.00

SceARH	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	7.32	3	7.32
0	38	92.68	41	100.00

SceAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	41	100.00	41	100.00

SceAutL	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	41	100.00	41	100.00

Frequency Missing = 41

The FREQ Procedure

PECHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	17	43.59	17	43.59
2	16	41.03	33	84.62
3	1	2.56	34	87.18
4	5	12.82	39	100.00

Frequency Missing = 2

ConnatHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	3	7.32	3	7.32
1	29	70.73	32	78.05
2	9	21.95	41	100.00

RefustHAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	38	97.44	38	97.44
1	1	2.56	39	100.00

Frequency Missing = 2

PourqRef	Frequency	Percent
une patiente non connue et par manque de temps	1	100.00

PourtqRef	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
une patiente non connue et par manque de temps	1	100.00

Frequency Missing = 40

FreschAD	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	8	20.00	8	20.00
1	32	80.00	40	100.00

Frequency Missing = 1

The FREQ Procedure

MotPPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	8	25.00	8	25.00
1	24	75.00	32	100.00

Frequency Missing = 9

MotLAsst	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	82.14	23	82.14
1	5	17.86	28	100.00

Frequency Missing = 13

MotCRag	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	25	100.00	25	100.00

Frequency Missing = 16

MotLDel	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	19	76.00	19	76.00
1	6	24.00	25	100.00

Frequency Missing = 16

MotRSys	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	72.00	18	72.00
1	7	28.00	25	100.00

Frequency Missing = 16

MotIMedC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	24	100.00	24	100.00

Frequency Missing = 17

The FREQ Procedure

MotMCAdm	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	14	48.28	14	48.28
1	15	51.72	29	100.00

Frequency Missing = 12

MotMC3or	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	16	61.54	16	61.54
1	10	38.46	26	100.00

Frequency Missing = 15

MotMInfo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	37.93	11	37.93
1	18	62.07	29	100.00

Frequency Missing = 12

MotMCood	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	19	79.17	19	79.17
1	5	20.83	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotMEact	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	22	91.67	22	91.67
1	2	8.33	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotCPerS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	24	100.00	24	100.00

Frequency Missing = 17

The FREQ Procedure

MotCPerP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	24	100.00	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotChaTr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	75.00	18	75.00
1	6	25.00	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotRemIn	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	19	82.61	19	82.61
1	4	17.39	23	100.00

Frequency Missing = 18

MotCMatP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	17	70.83	17	70.83
1	7	29.17	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotMeaDM	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	72.00	18	72.00
1	7	28.00	25	100.00

Frequency Missing = 16

MotCraMA	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	92.00	23	92.00
1	2	8.00	25	100.00

Frequency Missing = 16

The FREQ Procedure

MotAccFV	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	95.83	23	95.83
1	1	4.17	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotUtITS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	13	48.15	13	48.15
1	14	51.85	27	100.00

Frequency Missing = 14

MotGesUP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	16	66.67	16	66.67
1	8	33.33	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotRelPa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	22	91.67	22	91.67
1	2	8.33	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotRelPa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	18	75.00	18	75.00
1	6	25.00	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotRelBS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	21	87.50	21	87.50
1	3	12.50	24	100.00

Frequency Missing = 17

The FREQ Procedure

MotRelMS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	95.83	23	95.83
1	1	4.17	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotRelMC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	22	95.65	22	95.65
1	1	4.35	23	100.00

Frequency Missing = 18

MotRelAu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	22	95.65	22	95.65
1	1	4.35	23	100.00

Frequency Missing = 18

MotNIEqS	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	21	87.50	21	87.50
1	3	12.50	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotResp	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	95.83	23	95.83
1	1	4.17	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotPatSH	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	24	100.00	24	100.00

Frequency Missing = 17

The FREQ Procedure

MotIncAN	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	16	66.67	16	66.67
1	8	33.33	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotEnMat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	16	64.00	16	64.00
1	9	36.00	25	100.00

Frequency Missing = 16

MotDesin	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	23	95.83	23	95.83
1	1	4.17	24	100.00

Frequency Missing = 17

MotAutre	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	22	100.00	22	100.00

Frequency Missing = 19

RecHosT	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	1	3.45	1	3.45
1	21	72.41	22	75.86
2	7	24.14	29	100.00

Frequency Missing = 12

The FREQ Procedure

Rec3MDom	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	5	15.63	5	15.63
1	21	65.63	26	81.25
2	6	18.75	32	100.00

Frequency Missing = 9

RecAutSt	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	11	68.75	11	68.75
1	3	18.75	14	87.50
2	2	12.50	16	100.00

Frequency Missing = 25

RecAutLi	Frequency	Percent
HOPITAL DE JOUR	1	25.00
MOYEN SEJOUR	1	25.00
UNIT2 MOBILE DE SOINS PALLIATIFS DE THIONVILLE	1	25.00
service d'accompagnement des malades isolés	1	25.00

RecAutLi	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
HOPITAL DE JOUR	1	25.00
MOYEN SEJOUR	2	50.00
UNIT2 MOBILE DE SOINS PALLIATIFS DE THIONVILLE	3	75.00
service d'accompagnement des malades isolés	4	100.00

Frequency Missing = 37

TypRemun	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
1	29	76.32	29	76.32
2	7	18.42	36	94.74
3	2	5.26	38	100.00

Frequency Missing = 3

The FREQ Procedure

TypAutR	Frequency	Percent
MIXTE	1	50.00
mixte	1	50.00

TypAutR	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
MIXTE	1	50.00
mixte	2	100.00

Frequency Missing = 39

BesForc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	10	27.03	10	27.03
1	27	72.97	37	100.00

Frequency Missing = 4

ForFMC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	23	56.10	23	56.10
0	18	43.90	41	100.00

ForCongr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	41	100.00	41	100.00

ForGpeTr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	9	21.95	9	21.95
0	32	78.05	41	100.00

ForSemM	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	41	100.00	41	100.00

The FREQ Procedure

ForJTher	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	4.88	2	4.88
0	39	95.12	41	100.00

ForPress	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	6	14.63	6	14.63
0	35	85.37	41	100.00

ForAutre	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	2.44	1	2.44
0	40	97.56	41	100.00

ForALib	Frequency	Percent
STAGE AVEC LE COORDINATEUR	1	100.00

ForALib	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
STAGE AVEC LE COORDINATEUR	1	100.00

Frequency Missing = 40

DomForm	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
prise en charge des douleurs, alimentation parenterale	1	6.67	1	6.67
ACTES TECHNIQUES	1	6.67	2	13.33
ADMINISTRATIF	1	6.67	3	20.00
AIDES TECHNIQUES A DOMICILE	1	6.67	4	26.67
COORDINATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS ET DEFINIR LE ROLE DE CHACUN	1	6.67	5	33.33
DISPOSITIFS MEDICAUX DE NURSING	1	6.67	6	40.00
DOULEUR /ALIMENTATION PARENTERALE /FIN DE VIE	1	6.67	7	46.67
EXEMPLES CONCRET DE CE QUI SE FAIT	1	6.67	8	53.33
GESTES TECHNIQUES	1	6.67	9	60.00
RENCONTRE AVEC EQUIPE POUR MISE AU POINT PRATIQUE	1	6.67	10	66.67
REUNION DE PRESENTATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS	1	6.67	11	73.33
STAGE PRATIQUE AVEC LE COORDINATEUR	1	6.67	12	80.00
alimentation parenterale	1	6.67	13	86.67
oncologie, hematologie	1	6.67	14	93.33
indications preferentielles de l'HAD, modalites de mise en oeuvre pratique (administratifs, medicosocial,...)	1	6.67	15	100.00

Frequency Missing = 26

SouhResE	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	6	16.22	6	16.22
1	31	83.78	37	100.00

Frequency Missing = 4

Suggest	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
allègements administratifs pour une application rapide de l'HAD	1	50.00	1	50.00
NE PAS OUBLIER LE COTE SPIRITUEL DANS LA PRISE EN CHARGE/ MEDICAL SOCIAL SPIRITUEL ECONOMIQUE/	1	50.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

BeAucPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	7	77.78	7	77.78
0	2	22.22	9	100.00

Frequency Missing = 32

BeTouPat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

BeCancer	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	3	75.00	3	75.00
0	1	25.00	4	100.00

Frequency Missing = 37

BeSoinPa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	13	100.00	13	100.00

Frequency Missing = 28

BeTraiDo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

BeFinVie	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	12	100.00	12	100.00

Frequency Missing = 29

BeNeuro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

BeMalGe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeCardio	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeNeph	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
--------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BePneumo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeInfect	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeHepat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BePedia	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeDiabet	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

BeRhuma	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BePersAg	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	100.00	5	100.00

Frequency Missing = 36

BePetAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	100.00	5	100.00

Frequency Missing = 26

The FREQ Procedure

BeSoinSR	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeDemenc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

BeEscSC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeTrauma	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

BeSurvPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

BeSorAnt	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

The FREQ Procedure

BeNSP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	17	94.44	17	94.44
0	1	5.56	18	100.00

Frequency Missing = 23

PaCancer	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	23	100.00	23	100.00

Frequency Missing = 18

PaSoinPa	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	20	100.00	20	100.00

Frequency Missing = 21

PaTraido	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

PaFinVie	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	20	100.00	20	100.00

Frequency Missing = 21

PaNeuro	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	5	100.00	5	100.00

Frequency Missing = 36

The FREQ Procedure

BeRefHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BePathMu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

BeHandLo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

BeNoPar	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	80.00	4	80.00
0	1	20.00	5	100.00

Frequency Missing = 36

BeNPlaTP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

BeIsoSpr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

The FREQ Procedure

PaMalGe	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

PaCardio	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

PaNephx	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

PaPneumo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

PaInfect	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	100.00	4	100.00

Frequency Missing = 37

PaHepat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

The FREQ Procedure

PaPedia	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

PaDiabet	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

PaRhuma	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

PaPersAg	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	9	90.00	9	90.00
0	1	10.00	10	100.00

Frequency Missing = 31

PaPerAut	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	10	100.00	10	100.00

Frequency Missing = 31

PaSoinSR	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

The FREQ Procedure

PaDemenc	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	9	100.00	9	100.00

Frequency Missing = 32

PaEscSC	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
---------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

PaTrauma	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

PaSurvPO	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	100.00	2	100.00

Frequency Missing = 39

PaSorAnt	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	2	66.67	2	66.67
0	1	33.33	3	100.00

Frequency Missing = 38

PaRefHop	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

The FREQ Procedure

PaPathMu	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	4	100.00	4	100.00

Frequency Missing = 37

PaHandLo	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
----------	-----------	---------	----------------------	--------------------

Frequency Missing = 41

PaNvoEar	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	7	100.00	7	100.00

Frequency Missing = 34

PaNPlaTP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

PaIsoSPr	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	1	100.00	1	100.00

Frequency Missing = 40

PaNSP	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	8	88.89	8	88.89
0	1	11.11	9	100.00

Frequency Missing = 32

The FREQ Procedure

Table of groupe by Sexe

groupe	Sexe	Total
groupe A 1	1	26
	2	39.39
	Total	65.39
groupe B 2	1	40
	2	60.61
	Total	100.61
Total		66

Frequency Missing = 1

Statistics for Table of groupe by Sexe

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	3.0581	0.0803
Likelihood Ratio Chi-Square	1	2.2809	0.1276
Continuity Adj. Chi-Square	1	2.0972	0.1476
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.0118	0.0827
Phi Coefficient		0.2153	
Contingency Coefficient		0.2104	
Cramer's V		0.2153	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	23
Left-sided Pr <= F	0.9830
Right-sided Pr >= F	0.0711
Table Probability (P)	0.0541
Two-sided Pr <= P	0.1318 (p < 0.05)
Effective Sample Size = 66	
Frequency Missing = 1	

The FREQ Procedure

Table of groupe by age45

groupe	age45	Total
1	0	26
	1	38.81
	Total	64.81
2	0	41
	1	61.19
	Total	102.19
Total		67

Statistics for Table of groupe by age45

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.4135	0.2345
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.4131	0.2345
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.8777	0.3488
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.3924	0.2380
Phi Coefficient		-0.1452	
Contingency Coefficient		0.1437	
Cramer's V		-0.1452	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	12
Left-sided Pr <= F	0.1744
Right-sided Pr >= F	0.9252
Table Probability (P)	0.0997
Two-sided Pr <= P	0.3145
Sample Size = 67	

The FREQ Procedure

Table of groupe by aninst82

groupe	aninst82	Total
1	0	26
	1	38.81
	Total	64.81
2	0	41
	1	61.19
	Total	102.19
Total		67

Statistics for Table of groupe by aninst82

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	4.3309	0.0374
Likelihood Ratio Chi-Square	1	4.2784	0.0386
Continuity Adj. Chi-Square	1	3.2792	0.0702
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	4.2663	0.0389
Phi Coefficient		-0.2542	
Contingency Coefficient		0.2464	
Cramer's V		-0.2542	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	14
Left-sided Pr <= F	0.0357
Right-sided Pr >= F	0.9904
Table Probability (P)	0.0261
Two-sided Pr <= P	0.0579
Sample Size = 67	

Interpretation: les medecins du groupe A n'ont installés depuis plus longtemps que les medecins du groupe non had (46) sont installés depuis plus de 20 ans vs. 22) (p=0.06).

The FREQ Procedure

Table of groupe by TypLieu

groupe	TypLieu			Total
Frequency	1	2	3	
1	4	4	18	26
Percent	5.97	5.97	26.87	38.81
Row Pct	15.38	15.38	69.23	
Col Pct	50.00	28.57	40.00	
2	4	10	27	41
Percent	5.97	14.93	40.30	61.19
Row Pct	9.76	24.39	65.85	
Col Pct	50.00	71.43	60.00	
Total	8	14	45	67
Percent	11.94	20.90	67.16	100.00

Statistics for Table of groupe by TypLieu

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	1.0667	0.5866
Likelihood Ratio Chi-Square	2	1.0819	0.5822
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0163	0.8983
Phi Coefficient		0.1262	
Contingency Coefficient		0.1252	
Cramer's V		0.1262	

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groupe by TypExPr

groupe	TypExPr		Total
Frequency	1	2	
1	9	14	23
Percent	16.07	25.00	41.07
Row Pct	39.13	60.87	
Col Pct	34.62	46.67	
2	17	16	33
Percent	30.36	28.57	58.93
Row Pct	51.52	48.48	
Col Pct	65.38	53.33	
Total	26	30	56
Percent	46.43	53.57	100.00

Frequency Missing = 11

Statistics for Table of groupe by TypExPr

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.8358	0.3606
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.8400	0.3594
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.4120	0.5209
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.8209	0.3649
Phi Coefficient		-0.1222	
Contingency Coefficient		0.1213	
Cramer's V		-0.1222	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	9
Left-sided Pr <= F	0.2610
Right-sided Pr >= F	0.8825
Table Probability (P)	0.1495
Two-sided Pr <= P	0.4216

Effective Sample Size = 56  
Frequency Missing = 11

WARNING: 16% of the data are missing.

The FREQ Procedure

Table of groupe by CabInf

groupe	CabInf		Total
Frequency	0	1	
1	1	25	26
Percent	1.49	37.31	38.81
Row Pct	3.85	96.15	
Col Pct	10.00	43.86	
2	9	32	41
Percent	13.43	47.76	61.19
Row Pct	21.85	78.05	
Col Pct	90.00	56.14	
Total	10	57	67
Percent	14.93	85.07	100.00

Statistics for Table of groupe by CabInf

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	4.1073	0.0427
Likelihood Ratio Chi-Square	1	4.8363	0.0279
Continuity Adj. Chi-Square	1	2.8052	0.0940
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	4.0460	0.0443
Phi Coefficient		-0.2476	
Contingency Coefficient		0.2403	
Cramer's V		-0.2476	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	1
Left-sided Pr <= F	0.0413
Right-sided Pr >= F	0.9955
Table Probability (P)	0.0367
Two-sided Pr <= P	0.0752

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groupe by Internet

groupe	Internet		Total
Frequency	0	1	
1	3	23	26
Percent	4.62	35.38	40.00
Row Pct	11.54	88.46	
Col Pct	20.00	46.00	
2	12	27	39
Percent	18.46	41.54	60.00
Row Pct	30.77	69.23	
Col Pct	80.00	54.00	
Total	15	50	65
Percent	23.08	76.92	100.00

Frequency Missing = 2

Statistics for Table of groupe by Internet

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	3.2500	0.0714
Likelihood Ratio Chi-Square	1	3.4851	0.0619
Continuity Adj. Chi-Square	1	2.2569	0.1330
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.2000	0.0736
Phi Coefficient		-0.2236	
Contingency Coefficient		0.2182	
Cramer's v		-0.2236	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	3
Left-sided Pr <= F	0.0638
Right-sided Pr >= F	0.9853
Table Probability (P)	0.0490
Two-sided Pr <= P	0.0821

Effective Sample Size = 65  
Frequency Missing = 2

The FREQ Procedure

Table of groupe by ExPart

groupe	ExPart		Total
Frequency	0	1	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	18	5	23
29.51	8.20		37.70
78.26	21.74		
38.30	35.71		
2	29	9	38
47.54	14.75		62.30
76.32	23.68		
61.70	64.29		
Total	47	14	61
	77.05	22.95	100.00

Frequency Missing = 6

Statistics for Table of groupe by ExPart

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0307	0.8610
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0308	0.8607
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0302	0.8621
Phi Coefficient		0.0224	
Contingency Coefficient		0.0224	
Cramer's V		0.0224	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	18
Left-sided Pr <= F	0.6830
Right-sided Pr >= F	0.5606
Table Probability (P)	0.2436
Two-sided Pr <= P	1.0000

Effective Sample Size = 61  
Frequency Missing = 6

The FREQ Procedure

Table of groupe by Dip1PU

groupe	Dip1PU		Total
Frequency	0	1	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	16	10	26
25.40	15.87		41.27
61.54	39.46		
43.24	38.46		
2	21	16	37
33.33	25.40		58.73
56.76	43.24		
56.76	61.54		
Total	37	26	63
	58.73	41.27	100.00

Frequency Missing = 4

Statistics for Table of groupe by Dip1PU

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1440	0.7043
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.1444	0.7039
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0143	0.9048
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1418	0.7065
Phi Coefficient		0.0478	
Contingency Coefficient		0.0478	
Cramer's V		0.0478	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	16
Left-sided Pr <= F	0.7380
Right-sided Pr >= F	0.4535
Table Probability (P)	0.1915
Two-sided Pr <= P	0.7974

Effective Sample Size = 63  
Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

Table of groupe by EstPatFV

groupe	EstPatFV			Total
Frequency	0	1	2	
Percent				
Row Pct				
Col Pct				
1	21	3	0	24
3.03	31.62	4.55	0.00	39.39
7.69	80.77	11.54	0.00	
15.38	45.65	50.00	0.00	
2	11	25	3	40
16.67	37.88	4.55	1.52	60.61
27.50	62.50	7.50	2.50	
84.62	54.35	50.00	100.00	
Total	13	46	6	66
	19.70	69.70	9.09	100.00

Frequency Missing = 1

Statistics for Table of groupe by EstPatFV

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	3	4.8260	0.1850
Likelihood Ratio Chi-Square	3	5.6016	0.1327
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.6082	0.2047
Phi Coefficient		0.2704	
Contingency Coefficient		0.2610	
Cramer's V		0.2704	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Effective Sample Size = 66  
Frequency Missing = 1

The FREQ Procedure

Table of groupe by EstPatDe

groupe	EstPatDe				Total
Frequency	0	1	2	3	
Percent					
Row Pct					
Col Pct					
1	0	11	10	3	24
0.00	16.92	15.38	4.62	3.00	40.00
0.00	42.31	38.46	11.54	7.69	
0.00	33.33	47.62	75.00	50.00	
2	3	22	11	1	39
4.62	33.85	16.92	1.54	3.00	60.00
7.69	56.41	28.21	2.56	5.13	
100.00	66.67	52.38	25.00	50.00	
Total	3	33	21	4	65
	4.62	50.77	32.31	6.15	100.00

Frequency Missing = 2

Statistics for Table of groupe by EstPatDe

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	5.3274	0.2553
Likelihood Ratio Chi-Square	4	6.3732	0.1730
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.5271	0.0604
Phi Coefficient		0.2863	
Contingency Coefficient		0.2752	
Cramer's V		0.2863	

WARNING: 60% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Effective Sample Size = 65  
Frequency Missing = 2

The FREQ Procedure

Table of groupe by PartRes

groupe	PartRes		Total
Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct
	0	1	
1	14	12	26
	22.22	19.05	41.27
	53.85	46.15	
	35.90	50.00	
2	25	12	37
	39.68	19.05	58.73
	67.57	32.43	
	64.10	50.00	
Total	39	24	63
	61.90	38.10	100.00

Frequency Missing = 4

Statistics for Table of groupe by PartRes

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.2191	0.2695
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.2146	0.2704
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.7067	0.4005
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.1997	0.2734
Phi Coefficient		-0.1391	
Contingency Coefficient		0.1378	
Cramer's V		-0.1391	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	14
Left-sided Pr <= F	0.2001
Right-sided Pr >= F	0.9141
Table Probability (P)	0.1142
Two-sided Pr <= P	0.3021

Effective Sample Size = 63  
Frequency Missing = 4

The FREQ Procedure

Table of groupe by ResHDom

groupe	ResHDom		Total
Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct
	-1	0	
1	8	18	26
	11.94	26.67	38.81
	30.77	69.23	
	80.00	31.58	
2	2	39	41
	2.99	58.21	61.19
	4.88	95.12	
	20.00	68.42	
Total	10	57	67
	14.93	85.07	100.00

Statistics for Table of groupe by ResHDom

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	8.3996	0.0038
Likelihood Ratio Chi-Square	1	8.3902	0.0038
Continuity Adj. Chi-Square	1	6.4843	0.0109
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	8.2743	0.0040
Phi Coefficient		0.3541	
Contingency Coefficient		0.3338	
Cramer's V		0.3541	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	8
Left-sided Pr <= F	0.9995
Right-sided Pr >= F	0.0057
Table Probability (P)	0.0052
Two-sided Pr <= P	0.0102

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groupe by ResSDom

groupe	ResSDom		Total
Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct
	-1	0	
1	2	24	26
	2.99	35.82	38.81
	7.69	92.31	
	33.33	39.34	
2	4	37	41
	5.97	55.22	61.19
	9.76	90.24	
	66.67	60.66	
Total	6	61	67
	8.96	91.04	100.00

Statistics for Table of groupe by ResSDom

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0831	0.7731
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0846	0.7711
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0819	0.7748
Phi Coefficient		-0.0352	
Contingency Coefficient		0.0352	
Cramer's V		-0.0352	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	2
Left-sided Pr <= F	0.5701
Right-sided Pr >= F	0.7597
Table Probability (P)	0.3299
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groupe by ResVHop

groupe	ResVHop		Total
Frequency	Percent	Row Pct	Col Pct
	-1	0	
1	6	20	26
	8.96	29.85	38.81
	23.08	76.92	
	54.55	35.71	
2	5	36	41
	7.46	53.73	61.19
	12.20	87.80	
	45.45	64.29	
Total	11	56	67
	16.42	83.58	100.00

Statistics for Table of groupe by ResVHop

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.3729	0.2413
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.3399	0.2470
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.6945	0.4047
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.3525	0.2448
Phi Coefficient		0.1431	
Contingency Coefficient		0.1417	
Cramer's V		0.1431	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	6
Left-sided Pr <= F	0.9330
Right-sided Pr >= F	0.2012
Table Probability (P)	0.1343
Two-sided Pr <= P	0.3150

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groupe by ResMDom

groupe	ResMDom		Total
1	2	24	26
	2.99	35.82	38.81
	7.69	92.31	
	22.22	41.38	
2	7	34	41
	10.45	50.75	61.19
	17.07	82.93	
	77.78	58.62	
Total	9	58	67
	13.43	86.57	100.00

Statistics for Table of groupe by ResMDom

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.2041	0.2725
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.2879	0.2564
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.5325	0.4656
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.1861	0.2761
Phi Coefficient		-0.1341	
Contingency Coefficient		0.1329	
Cramer's V		-0.1341	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	2
Left-sided Pr <= F	0.2372
Right-sided Pr >= F	0.9337
Table Probability (P)	0.1709
Two-sided Pr <= P	0.4646

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groupe by ResSPal

groupe	ResSPal		Total
1	3	23	26
	4.48	34.33	38.81
	11.54	88.46	
	60.00	37.10	
2	2	39	41
	2.99	50.21	61.19
	4.88	95.12	
	40.00	62.90	
Total	5	62	67
	7.46	92.54	100.00

Statistics for Table of groupe by ResSPal

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.0221	0.3120
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.9906	0.3196
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.2851	0.5934
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.0058	0.3157
Phi Coefficient		0.1235	
Contingency Coefficient		0.1226	
Cramer's V		0.1235	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	3
Left-sided Pr <= F	0.9297
Right-sided Pr >= F	0.2910
Table Probability (P)	0.2208
Two-sided Pr <= P	0.3686

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groupe by ResAut

groupe	ResAut		Total
1	26	0	26
	38.81		38.81
	100.00		
	38.81		
2	41	0	41
	61.19		61.19
	100.00		
	61.19		
Total	67	0	67
	100.00	100.00	

Table of groupe by AutRes

groupe	AutRes		Total
1	26	0	26
	38.81		38.81
	100.00		
	38.81		
2	41	0	41
	61.19		61.19
	100.00		
	61.19		
Total	67	0	67
	100.00	100.00	

The FREQ Procedure

Table of groupe by InsMRte

groupe	InsMRte		Total
1	19	7	26
	28.36	10.45	38.81
	73.08	26.92	
	44.19	29.17	
2	24	17	41
	35.82	25.37	61.19
	58.54	41.46	
	55.81	70.83	
Total	43	24	67
	64.18	35.82	100.00

Statistics for Table of groupe by InsMRte

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.4632	0.2264
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.4923	0.2219
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.8991	0.3430
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.4414	0.2299
Phi Coefficient		0.1478	
Contingency Coefficient		0.1462	
Cramer's V		0.1478	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	19
Left-sided Pr <= F	0.9307
Right-sided Pr >= F	0.1718
Table Probability (P)	0.1025
Two-sided Pr <= P	0.2985

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groups by InsHop

groupe	InsHop		Total
1	2	0	26
	2.99	35.82	38.81
	7.69	92.31	
	50.00	38.10	
2	2	39	41
	2.99	58.21	61.19
	4.88	95.12	
	50.00	61.90	
Total	4	63	67
	5.97	94.03	100.00

Statistics for Table of groups by InsHop

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.2245	0.6357
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.2191	0.6397
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.2211	0.6382
Phi Coefficient		0.0579	
Contingency Coefficient		0.0578	
Cramer's V		0.0579	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	2
Left-sided Pr <= F	0.8414
Right-sided Pr >= F	0.5063
Table Probability (P)	0.3477
Two-sided Pr <= P	0.6384

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groups by InsAut

groupe	InsAut		Total
1	2	24	26
	2.99	35.82	38.81
	7.69	92.31	
	33.33	39.34	
2	4	37	41
	5.97	55.22	61.19
	9.76	90.24	
	66.67	60.66	
Total	6	61	67
	8.96	91.04	100.00

Statistics for Table of groups by InsAut

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0831	0.7731
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0846	0.7711
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0819	0.7748
Phi Coefficient		-0.0352	
Contingency Coefficient		0.0352	
Cramer's V		-0.0352	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	2
Left-sided Pr <= F	0.5701
Right-sided Pr >= F	0.7597
Table Probability (P)	0.3298
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

The FREQ Procedure

Table of groups by ActFAss

groupe	ActFAss		Total
1	5	20	25
	7.69	30.77	38.46
	20.00	80.00	
	21.74	47.62	
2	18	22	40
	27.69	33.85	61.54
	45.00	55.00	
	78.26	52.38	
Total	23	42	65
	35.38	64.62	100.00

Frequency Missing = 2

Statistics for Table of groups by ActFAss

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	4.2055	0.0403
Likelihood Ratio Chi-Square	1	4.4021	0.0359
Continuity Adj. Chi-Square	1	3.1831	0.0744
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	4.1408	0.0419
Phi Coefficient		-0.2544	
Contingency Coefficient		0.2465	
Cramer's V		-0.2544	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	5
Left-sided Pr <= F	0.0354
Right-sided Pr >= F	0.9911
Table Probability (P)	0.0265
Two-sided Pr <= P	0.0615

Effective Sample Size = 65  
Frequency Missing = 2

The FREQ Procedure

Table of groups by ActFPed

groupe	ActFPed		Total
1	13	9	22
	22.41	15.52	37.93
	59.09	40.91	
	27.66	81.82	
2	38	2	40
	58.62	3.45	62.07
	94.44	5.56	
	72.34	18.18	
Total	47	11	58
	81.03	18.97	100.00

Frequency Missing = 9

Statistics for Table of groups by ActFPed

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	11.1052	0.0009
Likelihood Ratio Chi-Square	1	11.1284	0.0009
Continuity Adj. Chi-Square	1	8.9240	0.0028
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	10.9138	0.0010
Phi Coefficient		-0.4376	
Contingency Coefficient		0.4009	
Cramer's V		-0.4376	

WARNING: 23% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by ActPpd

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	13
Left-sided Pr <= F	0.0015
Right-sided Pr >= F	0.9999
Table Probability (P)	0.0014
Two-sided Pr <= P	0.0015
Effective Sample Size = 58	
Frequency Missing = 9	

WARNING: 13% of the data are missing.

Table of groupe by ActOPro

groupe	ActOPro		Total
Frequency	0	1	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	17	5	22
	29.31	8.62	37.93
	77.27	22.73	
	34.00	62.50	
2	33	3	36
	56.90	5.17	62.07
	91.67	8.33	
	66.00	37.50	
Total	50	8	58
	86.21	13.79	100.00

Frequency Missing = 9

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by ActOPro

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	2.3793	0.1230
Likelihood Ratio Chi-Square	1	2.3036	0.1291
Continuity Adj. Chi-Square	1	1.3228	0.2501
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	2.3383	0.1262
Phi Coefficient		-0.2025	
Contingency Coefficient		0.1985	
Cramer's V		-0.2025	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	17
Left-sided Pr <= F	0.1260
Right-sided Pr >= F	0.9721
Table Probability (P)	0.0981
Two-sided Pr <= P	0.2376
Effective Sample Size = 58	
Frequency Missing = 9	

WARNING: 13% of the data are missing.

Table of groupe by HADSGeo

groupe	HADSGeo			Total
Frequency	0	1	2	
Percent				
Row Pct				
Col Pct				
1	2	24	0	26
	2.99	35.82	0.00	38.81
	7.69	92.31	0.00	
	50.00	41.38	0.00	
2	2	34	5	41
	2.99	50.75	7.46	61.19
	4.88	82.93	12.20	
	50.00	58.62	100.00	
Total	4	58	5	67
	5.97	86.57	7.46	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by HADSGeo

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	3.5435	0.1700
Likelihood Ratio Chi-Square	2	5.2774	0.0715
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	2.6329	0.1047
Phi Coefficient		0.2300	
Contingency Coefficient		0.2241	
Cramer's V		0.2300	

WARNING: 67% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Sample Size = 67

Table of groupe by CreatStr

groupe	CreatStr		Total
Frequency	0	1	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	0	1	1
	0.00	12.50	12.50
	0.00	100.00	
	0.00	14.29	
2	1	6	7
	12.50	75.00	87.50
	14.29	85.71	
	100.00	85.71	
Total	1	7	8
	12.50	87.50	100.00

Frequency Missing = 59

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by CreatStr

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1633	0.6862
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.2867	0.5923
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1429	0.7055
Phi Coefficient		-0.1429	
Contingency Coefficient		0.1414	
Cramer's V		-0.1429	

WARNING: 75% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	0
Left-sided Pr <= F	0.8750
Right-sided Pr >= F	1.0000
Table Probability (P)	0.8750
Two-sided Pr <= P	1.0000
Effective Sample Size = 8	
Frequency Missing = 59	

WARNING: 88% of the data are missing.

Table of groupe by RepDPer

groupe	RepDPer		Total
Frequency	-1	0	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	4	22	26
	5.97	32.84	38.81
	15.38	84.62	
	40.00	38.60	
2	6	35	41
	8.96	52.24	61.19
	14.63	85.37	
	60.00	61.40	
Total	10	57	67
	14.93	85.07	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by RepDPer

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0071	0.9331
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0070	0.9332
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0070	0.9336
Phi Coefficient		0.0103	
Contingency Coefficient		0.0103	
Cramer's V		0.0103	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	4
Left-sided Pr <= F	0.6732
Right-sided Pr >= F	0.5978
Table Probability (P)	0.2711
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

Table of groupe by RepBPro

groupe	RepBPro		Total
Frequency	-1	0	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	16	10	26
	23.88	14.93	38.81
	61.54	38.46	
	41.03	35.71	
2	23	18	41
	34.33	26.87	61.19
	56.10	43.90	
	58.97	64.29	
Total	39	28	67
	58.21	41.79	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by RepBPro

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1936	0.6599
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.1943	0.6594
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0245	0.8525
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1907	0.6623
Phi Coefficient		0.0538	
Contingency Coefficient		0.0537	
Cramer's V		0.0538	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	16
Left-sided Pr <= F	0.7555
Right-sided Pr >= F	0.4276
Table Probability (P)	0.1831
Two-sided Pr <= P	0.8003

Sample Size = 67

Table of groupe by RepNSEC

groupe	RepNSEC		Total
Frequency	-1	0	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	17	9	26
	25.37	13.43	38.81
	65.38	34.62	
	36.96	42.86	
2	29	12	41
	43.28	17.91	61.19
	70.73	29.27	
	63.04	57.14	
Total	46	21	67
	68.66	31.34	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by RepNSEC

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.2114	0.6457
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.2101	0.6467
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0359	0.8497
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.2082	0.6482
Phi Coefficient		-0.0562	
Contingency Coefficient		0.0561	
Cramer's V		-0.0562	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	17
Left-sided Pr <= F	0.4221
Right-sided Pr >= F	0.7682
Table Probability (P)	0.1902
Two-sided Pr <= P	0.7878

Sample Size = 67

Table of groupe by RepDPat

groupe	RepDPat		Total
Frequency	-1	0	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	12	14	26
	17.91	20.90	38.81
	46.15	53.85	
	34.29	43.75	
2	23	18	41
	34.33	26.87	61.19
	56.10	43.90	
	65.71	56.25	
Total	35	32	67
	52.24	47.76	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by RepDPat

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.6305	0.4272
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.6309	0.4270
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.2950	0.5871
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.6211	0.4306
Phi Coefficient		-0.0970	
Contingency Coefficient		0.0966	
Cramer's V		-0.0970	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	12
Left-sided Pr <= F	0.2935
Right-sided Pr >= F	0.8520
Table Probability (P)	0.1455
Two-sided Pr <= P	0.4615

Sample Size = 67

Table of groupe by RepDFan

groupe	RepDFan		Total
Frequency	-1	0	
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
1	8	18	26
	11.94	26.87	38.81
	30.77	59.23	
	30.77	43.90	
2	18	23	41
	26.87	34.33	61.19
	43.90	56.10	
	69.23	56.10	
Total	26	41	67
	38.81	61.19	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by RepDFam

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.1556	0.2824
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.1715	0.2791
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.6687	0.4135
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.1384	0.2860
Phi Coefficient		-0.1313	
Contingency Coefficient		0.1302	
Cramer's V		-0.1313	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	8
Left-sided Pr <= F	0.2074
Right-sided Pr >= F	0.9094
Table Probability (P)	0.1168
Two-sided Pr <= P	0.3151

Sample Size = 67

Table of groupe by RepDHos

groupe	RepDHos	Total
1	14	12
	20.90	17.91
	52.85	46.15
41.18		36.36
2	20	21
	29.85	31.34
	48.78	51.22
58.82		62.64
Total	34	33
	50.75	49.25
		100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by RepDHos

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1623	0.6861
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.1635	0.6860
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0235	0.8761
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1609	0.6863
Phi Coefficient		0.0494	
Contingency Coefficient		0.0493	
Cramer's V		0.0494	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	14
Left-sided Pr <= F	0.7435
Right-sided Pr >= F	0.4392
Table Probability (P)	0.1827
Two-sided Pr <= P	0.8032

Sample Size = 67

Table of groupe by RepNSPP

groupe	RepNSPP	Total
1	0	26
	0.00	38.81
	0.00	100.00
0.00		40.00
2	2	39
	2.99	58.21
	4.88	95.12
100.00		60.00
Total	2	65
	2.99	97.01
		100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by RepNSPP

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.3073	0.2529
Likelihood Ratio Chi-Square	1	2.0034	0.1570
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.1655	0.6842
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.2878	0.2565
Phi Coefficient		-0.1397	
Contingency Coefficient		0.1383	
Cramer's V		-0.1397	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	0
Left-sided Pr <= F	0.3709
Right-sided Pr >= F	1.0000
Table Probability (P)	0.3709
Two-sided Pr <= P	0.5179

Sample Size = 67

Table of groupe by ScePat

groupe	ScePat	Total
1	25	1
	37.31	1.49
	96.15	3.85
39.68		25.00
2	38	3
	56.72	4.48
	92.68	7.32
60.32		75.00
Total	63	4
	94.03	5.97
		100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by ScePat

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.3414	0.5590
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.3616	0.5476
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0031	0.9559
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.3363	0.5619
Phi Coefficient		0.0714	
Contingency Coefficient		0.0712	
Cramer's V		0.0714	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	25
Left-sided Pr <= F	0.8679
Right-sided Pr >= F	0.4937
Table Probability (P)	0.3616
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

Table of groupe by SceFas

groupe	SceFas	Total
1	18	8
	26.87	11.94
	69.23	30.77
39.13		38.10
2	28	13
	41.79	19.40
	68.29	31.71
60.87		61.90
Total	46	21
	68.66	31.34
		100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by SceFam

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0065	0.9357
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0065	0.9357
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0064	0.9362
Phi Coefficient		0.0099	
Contingency Coefficient		0.0099	
Cramer's V		0.0099	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	18
Left-sided Pr <= F	0.6343
Right-sided Pr >= F	0.5779
Table Probability (P)	0.2122
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

Table of groupe by SceMedT

groupe	SceMedT		Total
1	13	13	26
	19.40	19.40	38.81
	50.00	50.00	
	43.33	35.14	
2	17	24	41
	25.37	35.82	61.19
	41.46	58.54	
	56.67	64.86	
Total	30	37	67
	44.78	55.22	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by SceMedT

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.4689	0.4935
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.4683	0.4938
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.1872	0.6652
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.4619	0.4967
Phi Coefficient		0.0837	
Contingency Coefficient		0.0834	
Cramer's V		0.0837	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	13
Left-sided Pr <= F	0.8256
Right-sided Pr >= F	0.3323
Table Probability (P)	0.1578
Two-sided Pr <= P	0.6154

Sample Size = 67

Table of groupe by SceHop

groupe	SceHop		Total
1	12	14	26
	17.91	20.90	38.81
	46.15	53.85	
	40.00	37.84	
2	18	23	41
	26.87	34.33	61.19
	43.90	56.10	
	60.00	62.16	
Total	30	37	67
	44.78	55.22	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by SceHop

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0326	0.8567
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0326	0.8567
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0321	0.8577
Phi Coefficient		0.0221	
Contingency Coefficient		0.0221	
Cramer's V		0.0221	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	12
Left-sided Pr <= F	0.6677
Right-sided Pr >= F	0.5276
Table Probability (P)	0.1954
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

Table of groupe by SceARH

groupe	SceARH		Total
1	1	25	26
	1.49	37.31	38.81
	3.85	96.15	
	25.00	39.68	
2	3	38	41
	4.48	56.72	61.19
	7.32	92.68	
	75.00	60.32	
Total	4	63	67
	5.97	94.03	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groupe by SceARH

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.3414	0.5590
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.3616	0.5476
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0031	0.9559
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.3363	0.5619
Phi Coefficient		-0.0714	
Contingency Coefficient		0.0712	
Cramer's V		-0.0714	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	1
Left-sided Pr <= F	0.4937
Right-sided Pr >= F	0.8679
Table Probability (P)	0.3616
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

Table of groupe by SceAut

groupe	SceAut		Total
1	26	26	26
	38.81	38.81	38.81
	100.00		
	38.81		
2	41	41	41
	61.19	61.19	61.19
	100.00		
	61.19		
Total	67	67	67
	100.00	100.00	100.00

For groupe \* SceAut  
all data are missing since all  
the levels of variable SceAut are missing.

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency

Percent

Row Pct

Col Pct

Total

41

11

21

31

41

Frequency Missing = 2

Statistics for Table of groups by RECHND

Value

DF

Prob

Chi-Square

1.0463

0.7901

2

1.4014

0.7052

Mantel-Haenszel Chi-Square

1

0.0227

0.8803

Phi Coefficient

0.1269

Contingency Coefficient

0.1259

0.1269

Cramer's V

0.1269

WARNING: 381 of the cells have expected counts less than 5. Chi-square may not be a valid test.

Effective sample size = 65

Frequency Missing = 2

Statistics for Table of groups by BEFORM

Value

DF

Prob

Chi-Square

2.6970

0.1005

1

2.6713

0.1022

Continuity Adj. Chi-Square

1

1.8603

0.1726

Mantel-Haenszel Chi-Square

1

2.6521

0.1034

Phi Coefficient

0.2120

Contingency Coefficient

0.2074

Cramer's V

0.2120

WARNING: 107 of the data are missing.

Effective sample size = 60

Frequency Missing = 7

Statistics for Table of groups by FORTMC

Value

DF

Prob

Chi-Square

5.4767

0.0193

1

5.6327

0.0176

Likelihood Ratio Chi-Square

1

4.3603

0.0368

Mantel-Haenszel Chi-Square

1

5.3949

0.0202

Phi Coefficient

-0.2859

Cramer's V

-0.2859

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-square may not be a valid test.

Effective sample size = 61

The SAS System

The FREQ Procedure

Frequency

Percent

Row Pct

Col Pct

Total

41

11

21

31

41

Frequency Missing = 6

Statistics for Table of groups by TYPENUN

Value

DF

Prob

Chi-Square

1.2977

0.5226

2

1.9794

0.3717

Mantel-Haenszel Chi-Square

1

0.2826

0.5950

Phi Coefficient

0.1459

Contingency Coefficient

0.1443

Cramer's V

0.1459

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-square may not be a valid test.

Effective sample size = 61

Frequency Missing = 6

Statistics for Table of groups by BEFORM

Value

DF

Prob

Chi-Square

2.6970

0.1005

1

2.6713

0.1022

Continuity Adj. Chi-Square

1

1.8603

0.1726

Mantel-Haenszel Chi-Square

1

2.6521

0.1034

Phi Coefficient

0.2120

Contingency Coefficient

0.2074

Cramer's V

0.2120

WARNING: 107 of the data are missing.

Effective sample size = 60

Frequency Missing = 7

Statistics for Table of groups by FORTMC

Value

DF

Prob

Chi-Square

5.4767

0.0193

1

5.6327

0.0176

Likelihood Ratio Chi-Square

1

4.3603

0.0368

Mantel-Haenszel Chi-Square

1

5.3949

0.0202

Phi Coefficient

-0.2859

Cramer's V

-0.2859

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-square may not be a valid test.

Effective sample size = 61

The FREQ Procedure

Table of groups by ForCongr

groupe	ForCongr		Total
1	1	25	26
	1.49	37.31	38.81
	3.85	96.15	
	100.00	37.88	
2	0	41	41
	0.00	61.19	61.19
	0.00	100.00	
	0.00	62.12	
Total	1	66	67
	1.49	98.51	100.00

Statistics for Table of groups by ForCongr

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.6008	0.2058
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.9172	0.1662
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0536	0.8170
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.5769	0.2092
Phi Coefficient		0.1546	
Contingency Coefficient		0.1528	
Cramer's V		0.1546	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	1
Left-sided Pr <= F	1.0000
Right-sided Pr >= F	0.3881
Table Probability (P)	0.3881
Two-sided Pr <= P	0.3881
Sample Size =	67

The FREQ Procedure

Table of groups by ForGpeTr

groupe	ForGpeTr		Total
1	7	19	26
	10.45	28.26	38.81
	26.92	73.08	
	43.75	37.25	
2	9	32	41
	13.43	47.76	61.19
	21.95	78.05	
	56.25	62.15	
Total	16	51	67
	23.88	76.12	100.00

Statistics for Table of groups by ForGpeTr

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.2164	0.6418
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.2144	0.6433
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0293	0.8641
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.2131	0.6443
Phi Coefficient		0.0568	
Contingency Coefficient		0.0567	
Cramer's V		0.0568	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	7
Left-sided Pr <= F	0.7773
Right-sided Pr >= F	0.4278
Table Probability (P)	0.2051
Two-sided Pr <= P	0.7703
Sample Size =	67

The FREQ Procedure

Table of groups by ForSemM

groupe	ForSemM		Total
1	26	26	26
	38.81	38.81	38.81
	100.00		
	38.81		
2	41	41	41
	61.19	61.19	61.19
	100.00		
	61.19		
Total	67	67	67
	100.00	100.00	

Table of groups by ForJTher

groupe	ForJTher		Total
1	1	25	26
	1.49	37.31	38.81
	3.85	96.15	
	33.33	39.06	
2	2	39	41
	2.99	58.21	61.19
	4.88	95.12	
	66.67	60.94	
Total	3	64	67
	4.48	95.52	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groups by ForJTher

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0396	0.8422
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0404	0.8408
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0390	0.8424
Phi Coefficient		-0.0243	
Contingency Coefficient		0.0243	
Cramer's V		-0.0243	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	1
Left-sided Pr <= F	0.6676
Right-sided Pr >= F	0.7775
Table Probability (P)	0.4450
Two-sided Pr <= P	1.0000
Sample Size =	67

Table of groups by ForPress

groupe	ForPress		Total
1	0	25	26
	0.00	38.81	38.81
	0.00	100.00	
	0.00	42.62	
2	6	35	41
	8.96	52.24	61.19
	14.63	85.37	
	100.00	57.38	
Total	6	61	67
	8.96	91.04	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groups by ForPress

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	4.1791	0.0409
Likelihood Ratio Chi-Square	1	6.2637	0.0123
Continuity Adj. Chi-Square	1	2.5710	0.1084
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	4.1168	0.0425
Phi Coefficient		-0.2497	
Contingency Coefficient		0.2423	
Cramer's V		-0.2497	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	0
Left-sided Pr <= F	0.0451
Right-sided Pr >= F	1.0000
Table Probability (P)	0.0451
Two-sided Pr <= P	0.0744

Sample Size = 67

Table of groups by ForAutre

groupe	ForAutre		Total
1	1	25	26
	1.49	37.31	38.81
	3.85	96.15	
	50.00	38.46	
2	1	40	41
	1.49	59.70	61.19
	2.44	97.56	
	50.00	61.54	
Total	2	65	67
	2.99	97.01	100.00

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groups by ForAutre

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1088	0.7415
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.1061	0.7446
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1072	0.7434
Phi Coefficient		0.0403	
Contingency Coefficient		0.0403	
Cramer's V		0.0403	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	1
Left-sided Pr <= F	0.8530
Right-sided Pr >= F	0.6291
Table Probability (P)	0.4821
Two-sided Pr <= P	1.0000

Sample Size = 67

Table of groups by SouhResE

groupe	SouhResE		Total
1	5	20	25
	8.06	32.26	40.32
	20.00	80.00	
	45.45	39.22	
2	8	31	37
	9.68	50.00	59.68
	16.22	83.78	
	54.55	60.78	
Total	11	51	62
	17.74	82.26	100.00

Frequency Missing = 5

The FREQ Procedure

Statistics for Table of groups by SouhResE

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.1464	0.7020
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.1450	0.7033
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0019	0.9651
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.1440	0.7043
Phi Coefficient		0.0486	
Contingency Coefficient		0.0485	
Cramer's V		0.0486	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	5
Left-sided Pr <= F	0.7662
Right-sided Pr >= F	0.4768
Table Probability (P)	0.2430
Two-sided Pr <= P	0.7438

Effective Sample Size = 62  
Frequency Missing = 5

The NEARWAY Procedure

Analysis of Variance for Variable PROPAG  
Classified by Variable groupe

groupe	N	Mean
1	23	25.869565
2	37	22.756757

Kruskal-Wallis Test

Chi-Square	0.4158
DF	1
Pr > Chi-Square	0.5190 (=> non significatif)

Analysis of Variance for Variable PROPCH  
Classified by Variable groupe

groupe	N	Mean
1	19	31.157895
2	34	28.735294

Kruskal-Wallis Test

Chi-Square	1.4244
DF	1
Pr > Chi-Square	0.2327

4) croisements besoin formation vs diverses variables

The SAS System 14:16 Friday, December 13, 2002 298

The FREQ Procedure

Table of TypLieu by BesForm

TypLieu	BesForm		Total
1	1	5	6
	16.67	83.33	100.00
	4.76	12.82	
2	6	7	13
	10.00	11.67	21.67
	46.15	53.85	
	28.57	17.95	
3	14	27	41
	23.33	45.00	68.33
	34.15	65.85	
	66.67	69.23	
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00

Frequency Missing = 7

Statistics for Table of TypLieu by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	1.6105	0.4470
Likelihood Ratio Chi-Square	2	1.6979	0.4279
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0915	0.7623
Phi Coefficient		0.1638	
Contingency Coefficient		0.1617	
Cramer's V		0.1638	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Interprétation: 80% des médecins exerçant en milieu rural expriment un besoin de formation, contre 54% de ceux exerçant en milieu semi-rural et 60% de ceux exerçant en milieu urbain (différence non significative).  
(ou) il n'y a pas de différence de bf en fonction du lieu d'exercice...

The SAS System 14:16 Friday, December 13, 2002 299

The FREQ Procedure

Table of DiplFU by BesForm

DiplFU	BesForm		Total
0	9	24	33
	16.07	42.86	58.93
	27.27	72.73	
	42.86	68.57	
1	12	11	23
	21.43	19.64	41.07
	52.17	47.83	
	57.14	31.43	
Total	21	35	56
	37.50	62.50	100.00

Frequency Missing = 11

Statistics for Table of DiplFU by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	3.5858	0.0583
Likelihood Ratio Chi-Square	1	3.5809	0.0584
Continuity Adj. Chi-Square	1	2.6020	0.1067
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.5217	0.0606
Phi Coefficient		-0.2530	
Contingency Coefficient		0.2453	
Cramer's V		-0.2530	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	9
Left-sided Pr <= F	0.0536
Right-sided Pr >= F	0.9852
Table Probability (P)	0.0387
Two-sided Pr <= P	0.0919

Effective Sample Size = 56  
Frequency Missing = 11

WARNING: 16% of the data are missing.

The SAS System 14:16 Friday, December 13, 2002 300

The FREQ Procedure

Table of ActFAss by BesForm

ActFAss	BesForm		Total
0	9	12	21
	15.52	20.69	36.21
	42.86	57.14	
	42.86	32.43	
1	12	25	37
	20.69	43.10	63.79
	32.43	67.57	
	57.14	67.57	
Total	21	37	58
	36.21	63.79	100.00

Frequency Missing = 9

Statistics for Table of ActFAss by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.6303	0.4272
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.6250	0.4292
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.2598	0.6103
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.6194	0.4313
Phi Coefficient		0.1042	
Contingency Coefficient		0.1037	
Cramer's V		0.1042	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	9
Left-sided Pr <= F	0.8593
Right-sided Pr >= F	0.3036
Table Probability (P)	0.1629
Two-sided Pr <= P	0.5707

Effective Sample Size = 58  
Frequency Missing = 9

WARNING: 13% of the data are missing.

The FREQ Procedure

Table of ActFPed by BesForm

ActFPed	BesForm		Total
Frequency	0	1	
0	17	27	44
Percent	32.08	50.94	83.02
Row Pct	38.64	61.36	
Col Pct	85.00	81.82	
1	3	6	9
Percent	5.66	11.32	16.98
Row Pct	33.33	66.67	
Col Pct	15.00	18.18	
Total	20	33	53
Percent	37.74	62.26	100.00

Frequency Missing = 14

Statistics for Table of ActFPed by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0894	0.7649
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0907	0.7633
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0877	0.7671
Phi Coefficient		0.0411	
Contingency Coefficient		0.0410	
Cramer's V		0.0411	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

The FREQ Procedure

Statistics for Table of ActFPed by BesForm

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	17
Left-sided Pr <= F	0.7435
Right-sided Pr >= F	0.5394
Table Probability (P)	0.2849
Two-sided Pr <= P	1.0000

Effective Sample Size = 53  
Frequency Missing = 14

WARNING: 21% of the data are missing.

Table of ActOPro by BesForm

ActOPro	BesForm		Total
Frequency	0	1	
0	18	28	46
Percent	33.96	52.03	86.79
Row Pct	39.13	60.87	
Col Pct	90.00	84.85	
1	2	5	7
Percent	3.77	9.43	13.21
Row Pct	28.57	71.43	
Col Pct	10.00	15.15	
Total	20	33	53
Percent	37.74	62.26	100.00

Frequency Missing = 14

The FREQ Procedure

Statistics for Table of ActOPro by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.2883	0.5913
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.2982	0.5850
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0140	0.9057
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.2829	0.5948
Phi Coefficient		0.0738	
Contingency Coefficient		0.0736	
Cramer's V		0.0738	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	18
Left-sided Pr <= F	0.8285
Right-sided Pr >= F	0.4640
Table Probability (P)	0.2925
Two-sided Pr <= P	0.6974

Effective Sample Size = 53  
Frequency Missing = 14

WARNING: 21% of the data are missing.

Table of PartRes by BesForm

PartRes	BesForm		Total
Frequency	0	1	
0	11	24	35
Percent	19.64	42.86	62.50
Row Pct	31.43	68.57	
Col Pct	57.89	64.86	
1	8	13	21
Percent	14.29	23.21	37.50
Row Pct	38.10	61.90	
Col Pct	42.11	35.14	
Total	19	37	56
Percent	33.93	66.07	100.00

Frequency Missing = 11

The FREQ Procedure

Statistics for Table of PartRes by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.2602	0.6100
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.2585	0.6111
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0478	0.8269
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.2556	0.6132
Phi Coefficient		-0.0682	
Contingency Coefficient		0.0680	
Cramer's V		-0.0682	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	11
Left-sided Pr <= F	0.4107
Right-sided Pr >= F	0.7892
Table Probability (P)	0.1999
Two-sided Pr <= P	0.7715

Effective Sample Size = 56  
Frequency Missing = 11

WARNING: 16% of the data are missing.

Table of ResSDom by BesForm

ResSDom	BesForm		Total
Frequency	0	1	
-1	1	4	5
Percent	1.67	6.67	8.33
Row Pct	20.00	80.00	
Col Pct	4.76	10.26	
0	20	35	55
Percent	33.33	58.33	91.67
Row Pct	36.36	63.64	
Col Pct	95.24	89.74	
Total	21	39	60
Percent	35.00	65.00	100.00

Frequency Missing = 7

The FREQ Procedure

Statistics for Table of ResDdom by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.5395	0.4627
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.5866	0.4437
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0599	0.8066
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.5305	0.4664
Phi Coefficient		-0.0948	
Contingency Coefficient		0.0944	
Cramer's V		-0.0948	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	1
Left-sided Pr <= F	0.4217
Right-sided Pr >= F	0.8946
Table Probability (P)	0.3163
Two-sided Pr <= P	0.6486

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Table of ResDdom by BesForm

ResDdom	BesForm		Total
-1	5	4	9
	8.33	6.67	15.00
	55.56	44.44	
0	16	35	51
	26.67	58.33	85.00
	31.37	68.63	
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00
	Frequency Missing = 7		

The FREQ Procedure

Statistics for Table of ResDdom by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	1.9665	0.1608
Likelihood Ratio Chi-Square	1	1.8793	0.1704
Continuity Adj. Chi-Square	1	1.0472	0.3062
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.9338	0.1643
Phi Coefficient		0.1810	
Contingency Coefficient		0.1781	
Cramer's V		0.1810	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	5
Left-sided Pr <= F	0.9601
Right-sided Pr >= F	0.1531
Table Probability (P)	0.1132
Two-sided Pr <= P	0.2549

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Table of ResVhop by BesForm

ResVhop	BesForm		Total
-1	3	6	9
	5.00	10.00	15.00
	33.33	66.67	
0	18	33	51
	30.00	55.00	85.00
	35.29	64.71	
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00
	Frequency Missing = 7		

The FREQ Procedure

Statistics for Table of ResVhop by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0129	0.9095
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0130	0.9092
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0127	0.9102
Phi Coefficient		-0.0147	
Contingency Coefficient		0.0147	
Cramer's V		-0.0147	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	3
Left-sided Pr <= F	0.6138
Right-sided Pr >= F	0.6798
Table Probability (P)	0.2935
Two-sided Pr <= P	1.0000

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Table of ResDdom by BesForm

ResDdom	BesForm		Total
-1	3	5	8
	5.00	8.33	13.33
	37.50	62.50	
0	18	34	52
	30.00	56.67	86.67
	34.62	65.38	
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00
	Frequency Missing = 7		

The FREQ Procedure

Statistics for Table of ResDdom by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0254	0.8735
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0251	0.8740
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0249	0.8745
Phi Coefficient		0.0206	
Contingency Coefficient		0.0206	
Cramer's V		0.0206	

WARNING: 25% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	3
Left-sided Pr <= F	0.7174
Right-sided Pr >= F	0.5819
Table Probability (P)	0.2993
Two-sided Pr <= P	1.0000

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Table of ResSPal by BesForm

ResSPal	BesForm		Total
-1	1	4	5
	1.67	6.67	8.33
	20.00	80.00	
0	20	35	55
	33.33	58.33	91.67
	36.36	63.64	
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00
	Frequency Missing = 7		

The FREQ Procedure

Statistics for Table of ResSPal by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.5395	0.4627
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.5866	0.4437
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0599	0.8066
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.5305	0.4664
Phi Coefficient		-0.0948	
Contingency Coefficient		0.0944	
Cramer's V		-0.0948	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	1
Left-sided Pr <= F	0.4217
Right-sided Pr >= F	0.8946
Table Probability (P)	0.3163
Two-sided Pr <= P	0.6486

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Table of ResAut by BesForm

ResAut	BesForm		Total
0	21	39	60
1	35.00	65.00	100.00
2	35.00	65.00	100.00
3	100.00	100.00	100.00
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00

Frequency Missing = 7

The FREQ Procedure

Table of AutRes by BesForm

AutRes	BesForm		Total
0	21	39	60
1	35.00	65.00	100.00
2	35.00	65.00	100.00
3	100.00	100.00	100.00
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00

Frequency Missing = 7

Table of InsMRTe by BesForm

InsMRTe	BesForm		Total
-1	14	26	40
0	23.33	43.33	66.67
1	35.00	65.00	100.00
2	66.67	66.67	100.00
3	7	13	20
4	11.67	21.67	33.33
5	35.00	65.00	100.00
6	33.33	33.33	66.67
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00

Frequency Missing = 7

The FREQ Procedure

Statistics for Table of InsMRTe by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.0000	1.0000
Phi Coefficient		0.0000	
Contingency Coefficient		0.0000	
Cramer's V		0.0000	

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	14
Left-sided Pr <= F	0.6092
Right-sided Pr >= F	0.6161
Table Probability (P)	0.2253
Two-sided Pr <= P	1.0000

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Table of InsHop by BesForm

InsHop	BesForm		Total
-1	2	2	4
0	3.33	3.33	6.67
1	50.00	50.00	100.00
2	9.52	5.13	14.65
3	19	37	56
4	31.67	61.67	93.33
5	33.93	66.07	100.00
6	90.48	94.87	100.00
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00

Frequency Missing = 7

The FREQ Procedure

Statistics for Table of InsHop by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.4239	0.5150
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.4056	0.5242
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0118	0.9136
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.4168	0.5185
Phi Coefficient		0.0840	
Contingency Coefficient		0.0838	
Cramer's V		0.0840	

WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	2
Left-sided Pr <= F	0.8814
Right-sided Pr >= F	0.4378
Table Probability (P)	0.3191
Two-sided Pr <= P	0.6064

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.

Table of InsAut by BesForm

InsAut	BesForm		Total
-1	2	2	4
0	3.33	3.33	6.67
1	50.00	50.00	100.00
2	9.52	5.13	14.65
3	19	37	56
4	31.67	61.67	93.33
5	33.93	66.07	100.00
6	90.48	94.87	100.00
Total	21	39	60
	35.00	65.00	100.00

Frequency Missing = 7

The FREQ Procedure

Statistics for Table of InsAut by BesForm

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	0.4239	0.5150
Likelihood Ratio Chi-Square	1	0.4056	0.5242
Continuity Adj. Chi-Square	1	0.0118	0.9136
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.4168	0.5185
Phi Coefficient		0.0840	
Contingency Coefficient		0.0838	
Cramer's V		0.0840	

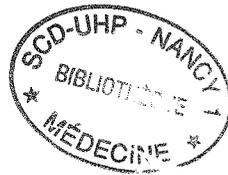
WARNING: 50% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

Fisher's Exact Test

Cell (1,1) Frequency (F)	2
Left-sided Pr <= F	0.8814
Right-sided Pr >= F	0.4378
Table Probability (P)	0.3191
Two-sided Pr <= P	0.6064

Effective Sample Size = 60  
Frequency Missing = 7

WARNING: 10% of the data are missing.



VU

NANCY, le **04 février 2003**

Le Président de Thèse

Professeur **J.D. DE KORWIN**

NANCY, le **11 février 2003**

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **14 février 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

## **RESUME DE LA THESE**

**Contexte de l'étude :** L'hospitalisation à domicile (HAD), bien que cinquantenaire en France, demeure un secteur d'activité marginal dans le système de soins actuel. Pourtant, à l'heure où l'on parle de « proximité » et de « dépenses de santé », ses avantages tant humains qu'économiques et médicaux ne sont plus à démontrer. Une étude du CREDES de 1993 répertoriait un certain nombre de freins à son développement dont les médecins généralistes par notamment leur méconnaissance de cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

**Objectifs :** Nous nous sommes proposés d'évaluer l'HAD par les médecins de famille de l'agglomération messine où existe une structure depuis 1999 ; leurs points de vues quant à sa place dans le système de soins actuel, les difficultés rencontrées et leurs réticences à sa pratique.

**Méthode :** Deux groupes de médecins sont sélectionnés. Un groupe A (77) initié. Un groupe B, randomisé (150) n'ayant jamais utilisé l'HAD. Chaque participant reçoit un questionnaire validé.

**Résultats :** Le groupe A, 26 répondants, homogènes et âgés en moyenne de 45 ans. Impliqués dans la formation et l'organisation de la profession (80%) ; ils utilisent l'HAD comme traitement hospitalier à domicile des cancers et des soins palliatifs principalement. Ils sont en attentes d'une formation par groupes de travail et d'un " vade-mecum ".

Le groupe B, 41 répondants, hétérogènes et installés depuis moins de 20 ans en zone urbaine essentiellement. Ils connaissent l'HAD et savent qu'ils peuvent la prescrire (80%) mais l'évaluent mal, la confondant avec le soin à domicile (2/3). Prêts à y participer pour les 3/4, ils sont demandeurs d'une FMC d'information et de stages techniques. 1/4 ne perçoivent pas l'HAD comme un service rendu à leur pratique mais une charge de travail supplémentaire.

**Conclusion :** Informés et formés dans un socle commun des compétences, les médecins généralistes ne sont plus un frein au développement de l'HAD mais deviennent enthousiastes pour ce nouvel espace éthique de soins de proximité.

## **TITRE EN ANGLAIS**

General practitioners and home health care

**THESE : MEDECINE GENERALE - 2003**

## **MOTS CLEFS :**

Médecin de famille - Hospitalisation à domicile - Dépenses de santé - Soins - Interdisciplinarité - Réseau - Culture du partage - Proximité - Ethique

## **INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.**

**Faculté de médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE-LES NANCY cedex