

# CREDES

---

LE FONCTIONNEMENT  
DES SERVICES D'H.A.D.  
EVOLUTION 1980-1992

L. COM-RUELLE  
N. RAFFY

● 1993

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Président</b>	Jean-Marie THOMAS
<b>Vice-Président</b>	Pierre JEANSON
<b>Trésorier</b>	Gilles JOHANET
<b>Secrétaire</b>	Gabriel MAILLARD
<b>Membres</b>	Jean-Marie BENECH, Catherine SERMET François TONNELIER, Jacques VATTIER
<b>Directeur</b>	Pierre-Jean LANCRY
<b>Chargé de mission scientifique et technique</b>	Alain FERRAGU

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

<b>Président</b>	Gabriel PALLEZ
<b>Vice-Présidents</b>	Jean MARTY, Henri PEQUIGNOT
<b>Membres</b>	Pascal BEAU, Michèle FARDEAU, Dominique JOLLY Jean-Marie LANGLOIS, Christine MEYER, Daniel ROBLIN François STEUDLER, Annie TRIOMPHE, Alain TROGNON

## EQUIPE DE RECHERCHE

<b>Directeurs de Recherche</b>	Thérèse LECOMTE, Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI Simone SANDIER
<b>Maîtres de Recherche</b>	Philippe LE FUR, Marie-Jo SOURTY-LE GUELLEC François TONNELIER
<b>Chargés de Recherche</b>	Agnès BOCOGNANO, Laure COM-RUELLE, Hubert FAURE, Nathalie GRANDFILS, Georges MENAHEM, Valérie PARIS, Nadine RAFFY, Catherine SERMET
<b>Documentation-Diffusion</b>	Nathalie MEUNIER, Agnès PETIT, Chantal PREVOT, Marie-Odile SAFON
<b>Informaticiens</b>	Grégoire DRONNIKOV, Gregory MIASKOVSKI, Catherine ORDONNEAU, Christophe RIVOIRE, Philippe ROUBACH
<b>Responsable administratif et financier</b>	Zette DAYAN
<b>Cadre administratif</b>	Etiennette LAFILLE
<b>Secrétaires</b>	Catherine BANCHEREAU, Esther BENAÏM, Martine BROIDO, Véronique DARGANCE, Michèle NAON, Frédérique RUCHON
<b>Conseiller Scientifique permanent</b>	Henri PEQUIGNOT

## LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'H.A.D. EVOLUTION 1980-1992

Laure COM-RUELLE  
Nadine RAFFY

*Rapport n° 391 (biblio n° 958)*

Février 1993

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.  
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Les travaux informatiques contenus dans ce rapport  
ont été réalisés par le CREDES sur les ordinateurs  
du CIRCE - CNRS

I.S.B.N. : 2-878 12-088-4

*- AVERTISSEMENT -*

*Les auteurs tiennent à exprimer aux responsables de chaque structure d'H.A.D. leurs sincères remerciements.*

*Cette enquête nationale est réalisée grâce à la collaboration de Madame CANDOTTI, Directrice de Santé-Service à Puteaux et de la Fédération Nationale des Etablissements d'H.A.D. (F.N.E.H.A.D.), et plus particulièrement Mesdames MEISSAN et RODRIGUEZ, Messieurs FONQUERNIZ et GARCIA. Elle est entreprise à l'initiative de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés qui en assure le financement.*

*Elles remercient également les personnels de direction, les gestionnaires et les médecins-conseil des CRAM\* de Lyon, Marseille et Rennes qui ont bien voulu leur donner leur point de vue sur les résultats présentés ici.*

*Les auteurs remercient enfin au CREDES :*

- Thérèse LECOMTE et Marie-Jo SOURTY-LE GUELLEC pour leurs commentaires et critiques,*
- Franck DELANTE pour le travail informatique, Zouhair SOUISSI pour le chiffrage de la morbidité,*
- Véronique DARGANCE pour la composition et la mise en page de ce rapport,*
- Nick BARTON pour la correction des résumés en anglais.*

*\* CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie. Les personnes sont :*

- à Lyon : P. FERRAND, P. FROQUET, Dr GUILLOT, J. HUILLIER, M. MINGOUTAUD,*
- à Rennes : Mr HUMBERG, Dr NOURY,*
- à Marseille : Dr DUPORT, Mr MARECHAL*



# SOMMAIRE



	page
<b>CHAPITRE I : L'H.A.D. : DE 1945 A NOS JOURS .....</b>	<b>3</b>
<b>I.1. EVOLUTION HISTORIQUE.....</b>	<b>5</b>
<b>I.1.1. Naissance de l'H.A.D. ....</b>	<b>5</b>
<b>I.1.2. Une phase de développement .....</b>	<b>6</b>
<b>I.1.3. Une phase de stagnation.....</b>	<b>9</b>
<b>I.2. LES STRUCTURES D'H.A.D. : LA SITUATION EN 1992 .....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.1. 41 structures opérationnelles réparties inégalement.....</b>	<b>11</b>
<b>I.2.2. 41 structures qui se caractérisent par leur diversité.....</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE II - L'H.A.D. : UN MODE DE FONCTIONNEMENT VARIE .....</b>	<b>19</b>
<b>II.1. L'ORGANISATION DES STRUCTURES D'H.A.D.....</b>	<b>21</b>
<b>II.1.1. D'une organisation simple à une organisation éclatée .....</b>	<b>21</b>
<b>II.1.2. Diversité du nombre d'accords passés avec les établissements hospitaliers .....</b>	<b>24</b>
<b>II.1.3. Des structures dont l'hospitalisation à domicile n'est pas la seule activité .....</b>	<b>24</b>

	page
II.2. LE PERSONNEL .....	25
II.2.1. Le personnel salarié .....	25
II.2.2. Les autres intervenants .....	29
II.3. LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE .....	29
II.3.1. Une très grande majorité de tumeurs malignes .....	31
II.3.2. Les maladies les plus fréquentes (Cf. annexe 8) .....	37
II.3.3. Une tendance générale à la spécialisation des motifs de prise en charge ...	39
II.3.4. L'influence des pathologies sur la durée de séjour (Cf. également chapitre III.5.) .....	40
II.4. LE FINANCEMENT DE L'H.A.D. ....	43
II.4.1. Diversité des modes de financement .....	43
II.4.2. Diversité de la structure du prix de journée .....	43
 <b>CHAPITRE III - L'ACTIVITE HOSPITALIERE EN H.A.D. :</b> <b>UN SECTEUR PRIVE DOMINANT .....</b>	 <b>47</b>
 III.1. UNE FREQUENTATION HOSPITALIERE A DOMICILE CROISSANTE..	 51
III.2. DES DEMANDES D'ADMISSIONS NON SATISFAITES .....	53

	page
III.3. LES JOURNEES : UNE AUGMENTATION REGULIERE DANS LE SECTEUR PRIVE .....	55
III.4. LE TAUX D'ACTIVITE : UNE REGRESSION DANS LES ANNEES 1980 QUI CONCERNE SURTOUT LE SECTEUR PUBLIC.....	56
III.5. LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR : UNE DIMINUTION PLUS SENSIBLE DANS LE SECTEUR PUBLIC .....	57
CONCLUSION .....	65
ANNEXES .....	69



## **RESUME**



- **41 structures d'hospitalisation à domicile sont opérationnelles en 1992 en France métropolitaine.**

- leur répartition est inégale sur le territoire,
- leur implantation est plutôt urbaine,
- la majorité d'entre elles relèvent de la Loi de 1901, et sont donc à but non lucratif,
- leur taille est très variable,
- leur capacité d'accueil est concentrée sur les deux structures les plus anciennes (58 % des places), l'une publique, l'autre privée, implantées en région parisienne.

- **Leur mode de fonctionnement est très varié :**

- Dirigées par une majorité de femmes cadres-infirmiers, ces structures ont une organisation différente selon leur taille, allant de la petite structure simple à la méga-structure. Santé-Service de Puteaux et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris sont éclatées en plusieurs unités de soins sectorisées géographiquement et disposent également de pôles de coordination dans les hôpitaux (ou antennes hospitalières). Certaines structures fonctionnent en parallèle avec des unités de soins infirmiers à domicile par exemple.
- Plus des 3/4 des salariés des structures d'H.A.D. sont du personnel de formation paramédicale et médicale, le corps infirmier représentant près de la moitié de l'ensemble du personnel. Le reste des salariés se distribue entre le personnel administratif, les aide-ménagères, les assistants sociaux et le personnel technique. Des intervenants libéraux (médecins traitants, auxiliaires médicaux) participent à l'activité, rémunérés à l'acte par la structure d'H.A.D. lorsque leurs prestations sont incluses dans le prix de journée.

- **Le financement de l'H.A.D. varie selon les structures à deux niveaux :**

- au niveau du mode de financement (prix de journée ou dotation globale),
- au niveau de la composition du prix de journée : le montant de celui-ci varie dans un rapport de 1 à 3,4, correspondant à des prestations différentes. Cependant, le nombre et le type de prestations offertes ne sont pas des variables déterminantes du montant du prix de journée.

- **Plus de 53 % des motifs déclarés de prise en charge en H.A.D. sont des tumeurs malignes**, suivis du SIDA (6,9 %), des maladies du système nerveux (6,2 %), de celles de l'appareil circulatoire (5,9 %) et des traumatismes (5,7 %).  
Depuis 1982, on constate une tendance générale à la spécialisation des motifs avec une augmentation de la prise en charge des tumeurs, des polypathologies, des grossesses pathologiques, des surveillances du post-partum et l'apparition du SIDA.
  
- L'évolution de l'activité de l'hospitalisation à domicile au cours de ces dix dernières années révèle **un secteur privé attractif et dominant à la fois en terme de places, d'admissions et de journées**. Une phase de régression apparaît entre 1981 et 1984 pour l'ensemble des structures d'H.A.D. publiques et privées, qui se prolonge dans le secteur public jusqu'en 1988.  
Comparée à l'hospitalisation complète, l'évolution de l'activité en H.A.D. reflète trois grandes tendances générales :
  - **une fréquentation croissante,**
  - **un taux d'activité supérieur dans le secteur privé,**
  - **une nette diminution de la durée moyenne de séjour** : de 52 jours en 1980, elle tombe à 35 jours en 1991 (29 jours dans le secteur public et 39 jours dans le secteur privé). En réalité, il existe une grande diversité des durées moyennes de séjour selon les structures d'H.A.D. pouvant s'expliquer entre autres par le type de pathologies prises en charge.

**Si le développement de l'H.A.D. a connu une phase de stagnation dans les années 80** (budget global, réticence des médecins hospitaliers, développement en parallèle notamment des services de soins à domicile pour personnes âgées), **l'H.A.D. a de toute évidence sa place dans le réseau de soins français.**

Grâce aux récents progrès technologiques, **l'H.A.D. intervient à certains moments de l'évolution de la maladie**, parfois en pure alternative à l'hospitalisation de court séjour, parfois comme un relais au sein de notre système de soins.

Cependant, **l'H.A.D. s'adresse plutôt à des patients bénéficiant de conditions sociales, matérielles et affectives favorables.**

**Des incitations financières ont permis le développement important des prises en charge en H.A.D. des patients atteints du SIDA. L'avenir de l'H.A.D. dépend de choix politiques mais semble d'ores et déjà compromis par les décrets d'Octobre 1992 qui freineront sans aucun doute les ardeurs.**

### **Présentation générale de l'étude**

Sur les 41 structures d'H.A.D. opérationnelles en France métropolitaine en 1991, 40 structures ont apporté leur collaboration active à la réalisation de cette enquête nationale. L'une d'elles ayant été recensée tardivement, ses réponses ne sont intégrées que partiellement dans ce rapport.

L'objectif de cette étude est d'établir un premier bilan d'activité de l'ensemble des services d'H.A.D. Les résultats publiés dans ce rapport concernent donc ces 39 établissements qui ont répondu au premier questionnaire décrivant l'activité et l'organisation de chacune des structures. Les points relatifs à la capacité d'accueil de l'établissement, son implantation géographique, et l'analyse des types de pathologies prises en charge en H.A.D. concernent 40 structures d'H.A.D. sur les 41.

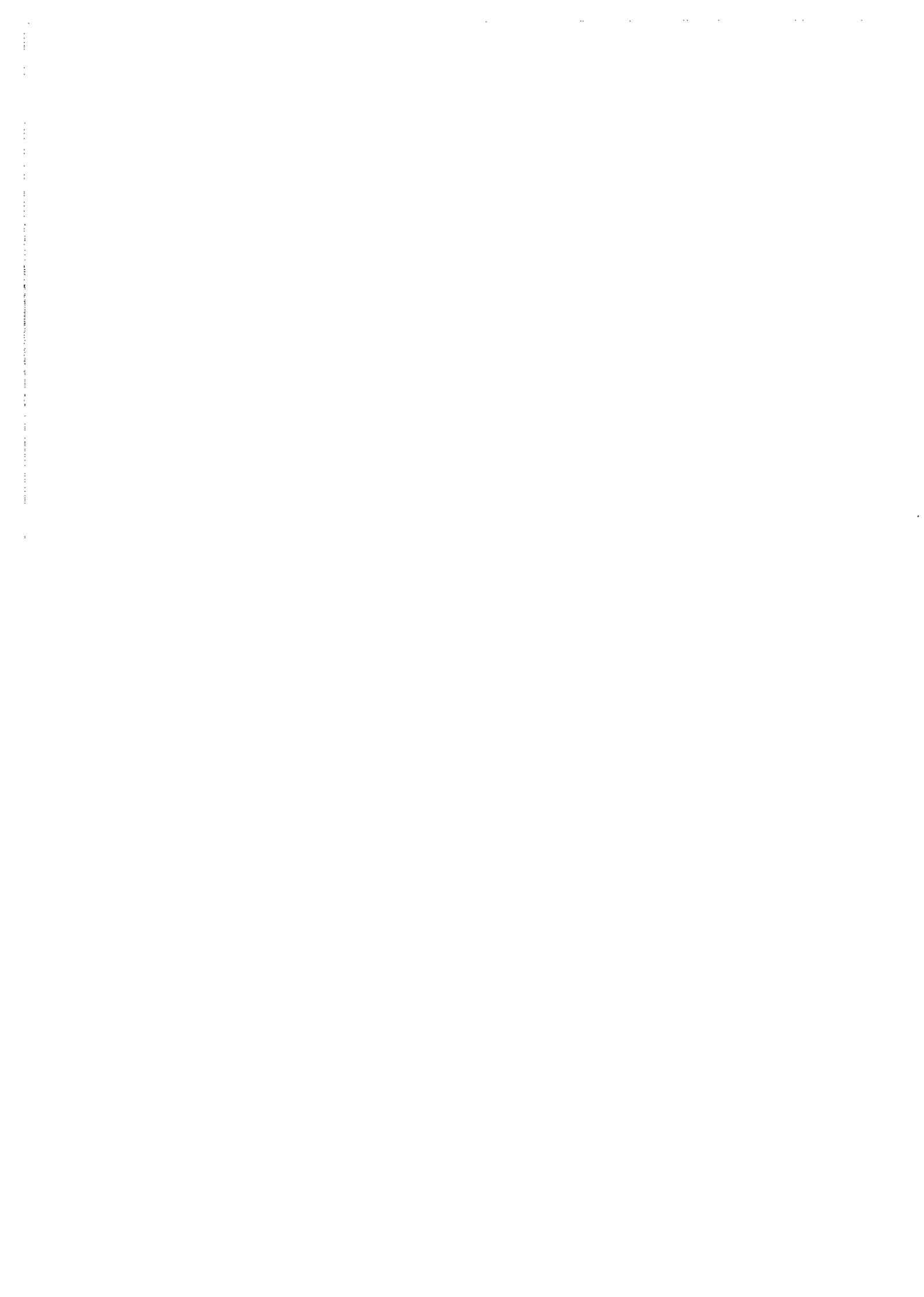
Deux autres phases sont prévues :

- la première étudiant les résultats de l'enquête PATIENT,
- la seconde recueillant le point de vue des différents acteurs autour de l'H.A.D. ainsi que celui des patients pris en charge en H.A.D. et leur entourage.



# **CHAPITRE I**

## **L'H.A.D. : DE 1945 A NOS JOURS**



## CHAPITRE I - L'H.A.D. : DE 1945 A NOS JOURS

### I.1. EVOLUTION HISTORIQUE

Née d'initiatives individuelles, l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.) a été créée en France, il y a plus de 30 ans, bien avant que le législateur en définisse son existence juridique, en d'autres termes en fixe ses principes et ses limites.

#### I.1.1. Naissance de l'H.A.D.

L'idée d'hospitalisation à domicile a fait sa première apparition en France en 1947. Mais les premières expériences remontent après la Deuxième Guerre Mondiale sur le continent américain.

##### **1945 : Premières expériences américaines**

C'est le Professeur BLUESTONE de l'hôpital de Montefiore de New-York qui, confronté à un problème de surpopulation dans son service, décide de suivre au domicile certains patients dont l'état de santé ne rend plus réellement indispensable la présence continue d'une équipe médicale. C'est ainsi qu'a été fondé le Home Care en 1947 aux Etats-Unis. Contrairement au modèle français, le Home Care exclut la médecine libérale, reposant sur le principe du déplacement du médecin hospitalier au domicile du patient.

##### **1951 : Première expérience française**

A l'hôpital Tenon à Paris, le Professeur SEGUY, devant faire face également à un surnombre de malades dans son service, suit l'exemple du Professeur BLUESTONE à New-York.

##### **1957 : Création de la première structure d'H.A.D. à l'Assistance Publique de Paris**

Le principe selon lequel la continuité des soins des patients pris en charge en H.A.D. s'appuie sur la médecine libérale est posé.

##### **1958 : Deuxième structure d'H.A.D. créée à Puteaux sous le nom de "Santé Service"**

"Santé-Service" est une association régie par la loi de 1901, de statut privé à but non lucratif. Créée à l'initiative du Professeur DENOIX, directeur de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif, "Santé-Service" a été, dans un premier temps, destinée à des malades cancéreux.

### 1961 : Signature de la première convention

La réussite de cette forme de soins est officialisée par la signature de la première convention entre, d'une part, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et, d'autre part, l'Assistance Publique de Paris et "Santé-Service".

#### I.1.2. Une phase de développement

Cette phase de développement se caractérise par :

- *La création de nombreuses structures d'H.A.D.:*

Différentes structures d'H.A.D. vont se créer assez rapidement. Ainsi apparaissent en :

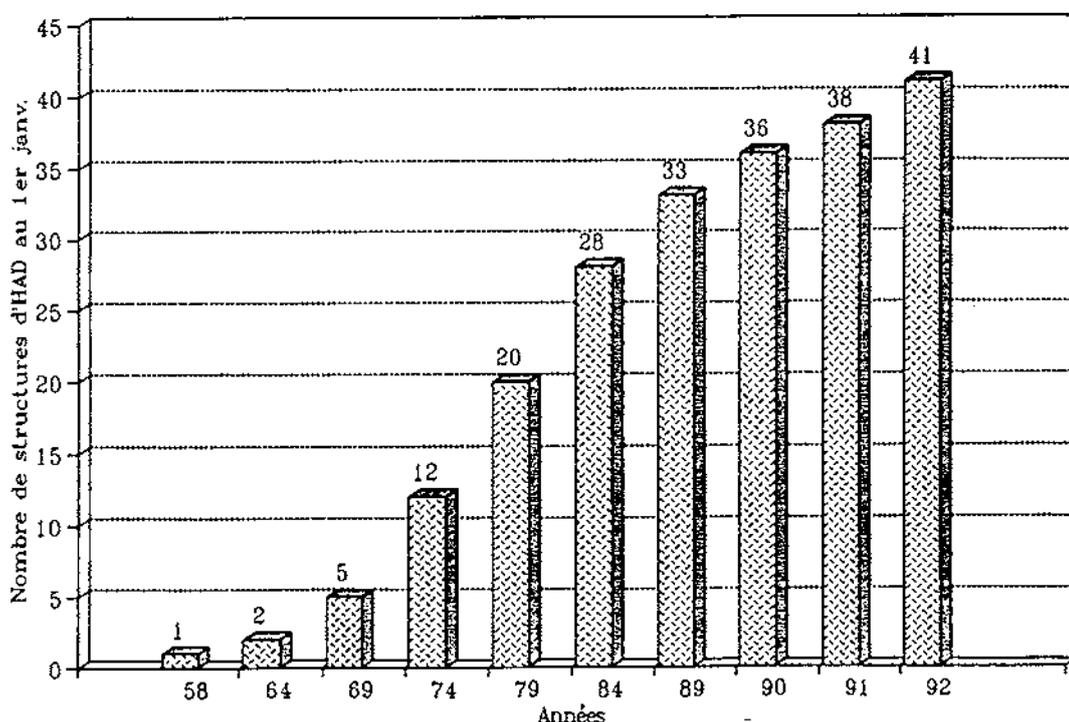
**1967** : l'H.A.D. de Bagnolet (comportant aujourd'hui plus de 170 places), et l'H.A.D. d'Amiens.

**1972** : 6 nouvelles structures à Bayonne, Grenoble, Dijon, Courbevoie, Nice et Caluire. Deux d'entre-elles (Nice et Caluire) font partie aujourd'hui des centres dont la capacité d'accueil dépasse plus de 100 places).

On compte 10 structures d'H.A.D. au 1<sup>er</sup> janvier 1973, 13 en 1975, 15 en 1976, 20 en 1979 et 25 en 1982. Au 1<sup>er</sup> janvier 1984, 28 structures d'H.A.D. sont opérationnelles en France Métropolitaine (graphique n° 1).

Graphique n°1

Evolution du nombre de structures d'H.A.D.  
en France Métropolitaine



- *L'apparition de textes juridiques officialisant l'existence de l'H.A.D. :*

**1970** : L'H.A.D. est reconnue officiellement par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (article 4).

*Art 4.- Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :*

*1°) Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires. Les centres hospitaliers comportent :*

- a) des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante,*
- b) éventuellement des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés,*
- c) éventuellement des unités d'hospitalisation pour convalescence, cure ou réadaptation.*

*Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement ;*

*2°) Centres de convalescence, cure ou réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.*

*Certains de ces établissements ou unités d'hospitalisation, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.*

*Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.*

Ce texte reconnaît le principe de l'hospitalisation à domicile mais ne vise que les services relevant d'hôpitaux publics ou privés mais participant au service public hospitalier. Seuls les malades préalablement hospitalisés pouvaient bénéficier d'une hospitalisation à domicile. Aucun décret d'application n'a suivi cette loi.

**1974** : Circulaire de la CNAMTS du 29 octobre 1974

En absence de décret d'application, cette circulaire fixe les règles devant régir la création et le fonctionnement des différents services d'H.A.D. Deux modèles de convention, concernant soit les services hospitaliers, soit les associations type loi de 1901, permettent de préciser notamment les conditions de prises en charge en H.A.D., le règlement intérieur des associations, le prix de journée (Annexe 1).

### 1979 : Loi du 29 décembre 1979

Cette loi confirme ce qui a été stipulé en 1970. Elle introduit un nouvel article à la réforme hospitalière de 1970 relatif aux autorisations auxquelles sont soumis les établissements privés. Aucun décret n'a été publié.

*"sont soumis à autorisation la création ou l'extension de tout centre ou service privé d'hospitalisation à domicile répondant à la définition qui en est donnée par décret".*

#### - *La création de la F.N.E.H.A.D. en 1973*

La Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile, créée à l'initiative de Madame CANDOTTI, Directrice de "Santé-Service" à Puteaux, vient encourager cette phase de développement et compte aujourd'hui une trentaine d'adhérents.

Les années 70 et le début des années 80 correspondent à une phase de développement de l'H.A.D. Ce développement a été encouragé à la fois :

- par les pouvoirs publics,
- par l'apparition de nouvelles techniques médicales,
- par le souci de qualité de vie du malade dans un contexte d'humanisation des hôpitaux.
- De plus, l'H.A.D. est apparue comme un élément de maîtrise des dépenses de santé face notamment à la croissance régulière des dépenses de santé et surtout des dépenses hospitalières.

### I.1.3. Une phase de stagnation

A la fin des années 83-84, apparaît une phase de stagnation dans le développement de l'H.A.D.

Le nombre de structures d'H.A.D. est multiplié par 3,5 sur la période 1970 à 1980 mais par 1,9 entre 1980 et 1992. Ce ralentissement se constate surtout entre 1985 et 1988, période où aucune structure d'H.A.D. n'a été créée. Les années 90 à 92 sont marquées par une légère reprise.

Cette phase de stagnation s'explique :

- *par un vide juridique*

En effet, depuis 1974, aucun texte n'a vraiment complété les principes posés par la loi hospitalière de 1970, suivie de la circulaire de la CNAMTS.

**1986 : Circulaire du 12 mars du ministère des affaires sociales et sanitaires**

La circulaire du Ministère des Affaires Sociales du 12 mars 1986 va assouplir certaines règles (Cf. Annexe 2).

*" L'H.A.D. recouvre l'ensemble des soins médicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle."*

Cette circulaire met en relief la notion d'intensité des soins comme critère de prise en charge. Elle permet l'extension de l'H.A.D. à tous les malades à l'exception des malades mentaux. Elle autorise l'admission après une simple consultation externe. Elle étend l'H.A.D. aux patients ne justifiant pas le maintien au sein d'une structure hospitalière, reconnaissant ainsi l'H.A.D. comme un relais entre l'hôpital et le domicile ou inversement.

- *et par certaines incertitudes quant à son coût, aux charges matérielles et affectives transférées sur le patient et son entourage.*

En 1987, est créée une structure d'H.A.D. de statut privé à but lucratif à Lille : la SODEPS. Celle-ci est fermée par manque de rentabilité.

L'évolution historique de l'hospitalisation à domicile s'est traduit par un développement anarchique de ses structures. Malgré plus de 30 années de fonctionnement, l'H.A.D. est toujours considérée par les pouvoirs publics comme une formule de soins quasi-expérimentale.

Les décrets du 2 octobre 1992, dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière, permettront peut-être une nouvelle phase de développement de l'hospitalisation à domicile à l'intérieur de notre système de soins.

Ces décrets (Cf. Annexe 3) reconnaissent officiellement l'H.A.D. en tant qu'alternative à l'hospitalisation classique. Les places de l'H.A.D. sont enfin comptabilisées dans la carte sanitaire au sein des installations de médecine.

Trois nouveautés apparaissent concernant les conditions techniques de fonctionnement auxquelles les structures d'H.A.D. doivent satisfaire :

- l'admission d'un patient dans une structure d'H.A.D. n'est plus forcément demandée par un médecin hospitalier après un séjour du patient ou une consultation externe. L'admission peut être demandée par un médecin libéral, mais après l'avis d'un médecin coordonnateur appartenant à la structure d'H.A.D.
- Ainsi, le personnel de la structure d'H.A.D. comporte désormais un médecin coordonnateur qui a pour rôle d'assurer le bon fonctionnement médical de la structure.
- Les structures d'H.A.D. sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins y compris le dimanche et les jours fériés. Elles doivent par ailleurs posséder un système de communication à distance permettant d'assurer une liaison permanente entre les patients, leurs familles et le personnel de la structure.

Cependant, ces décrets stipulent que toute création de place en H.A.D. devra entraîner la fermeture d'un lit d'hospitalisation à temps complet. Cet espoir de développement de l'H.A.D. risque probablement d'être compromis par cette nouvelle disposition.

## I.2. LES STRUCTURES D'H.A.D. : LA SITUATION EN 1992

**Au 1<sup>er</sup> janvier 1992, 41 structures d'H.A.D.  
sont opérationnelles en France métropolitaine**

Actuellement, les structures d'hospitalisation à domicile se caractérisent par :

- leur répartition géographique inégale,
- leur grande diversité.

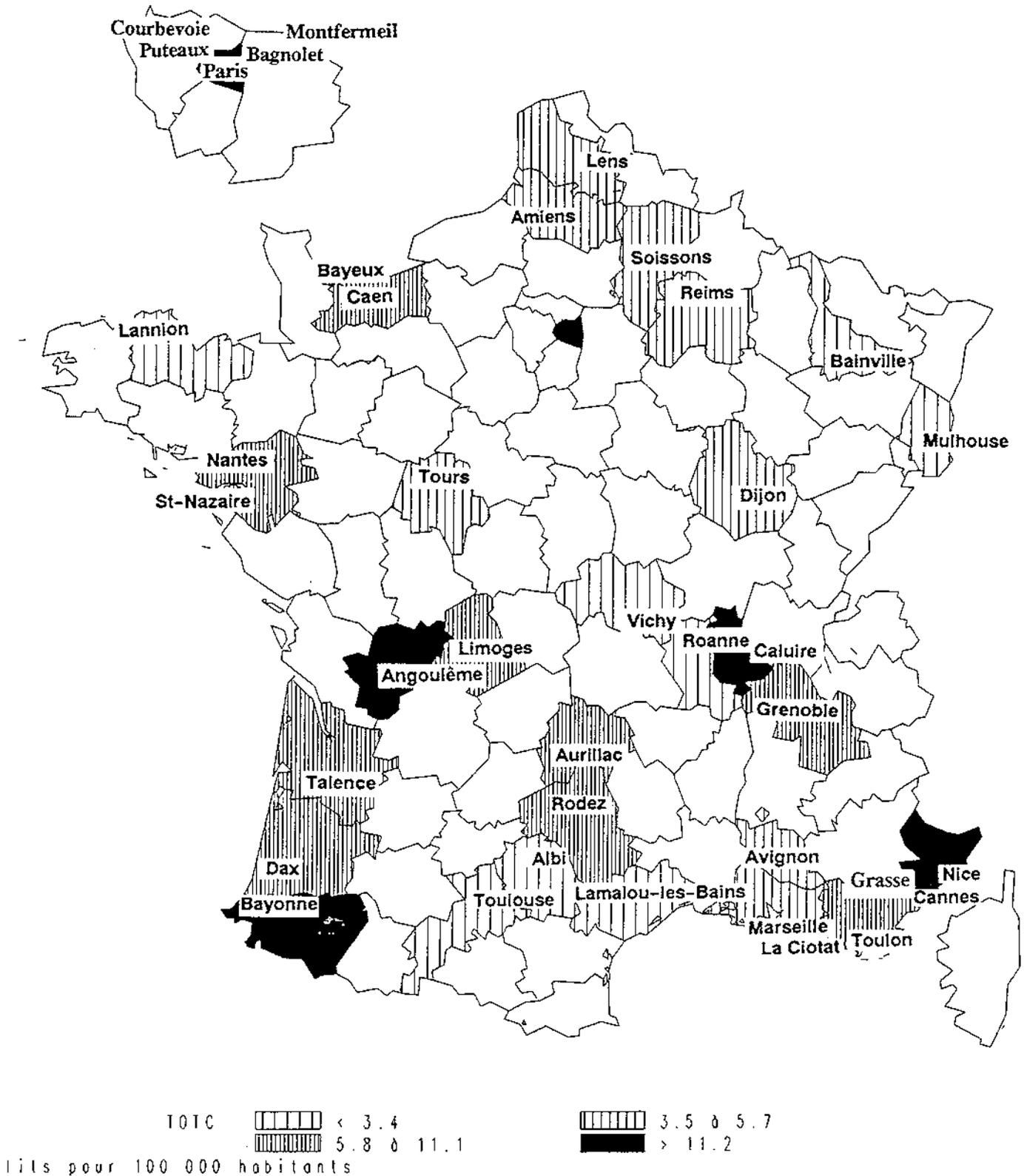
### I.2.1. 41 structures opérationnelles réparties inégalement

Les régions françaises sont très inégalement pourvues en services d'H.A.D. La carte n°1 présente la densité de places d'H.A.D. pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 1992.

- *Sur les 96 départements de la France métropolitaine, seulement un peu plus du tiers des départements (soit 34 départements) possèdent au moins une structure d'H.A.D. :*
  - Trois régions ne disposent d'aucune structure d'H.A.D. : la Corse, la Franche Comté et la Haute Normandie.
  - La plupart des régions de France disposent de moyens dérisoires : La Bretagne, l'Alsace, le Centre, le Languedoc-Rousillon, le Nord Pas-de-Calais, la Bourgogne, la Champagne Ardenne.
- *Une opposition géographique entre trois grandes régions apparaît très nettement :*
  - Paris et la région parisienne totalisent avec 5 structures d'H.A.D. (Bagnolet, Courbevoie, Montfermeil, Paris et Puteaux) 2 514 places, soit plus de 87 % de la capacité d'accueil de la France du Nord et 64 % du total des moyens en H.A.D. de la France entière.
  - 13 structures sont implantées dans le reste du Nord de la France qui reste très mal équipé, regroupant 9 % de la totalité des places en H.A.D.
  - Le Sud de la France regroupe 22 structures, environ 1 071 places, soit 27 % de la capacité totale d'accueil en H.A.D. en France. 4 départements prédominent : les Alpes-Maritimes, le Rhône, la Charente et les Pyrénées-Atlantiques.

Carte n°1

Implantation des différentes structures d'H.A.D.  
(nombre de places pour 100 000 habitants)



Carte réalisée au CREDES par H. FAURE et F. TONNELLIER

- *L'implantation des différentes structures d'H.A.D. est assez originale lorsqu'on la compare à celle du taux d'équipement en lits d'hospitalisation de médecine ou de chirurgie au 1er janvier 1990 (cartes n° 2 et 3)*

Si les taux d'équipement en lits de médecine opposent, comme l'H.A.D., le Nord de la France à celle du Sud, les taux les plus élevés n'apparaissent pas forcément dans les régions où la capacité d'accueil en H.A.D. est la plus importante.

Le Languedoc Roussillon, l'Alsace et la Lorraine très bien équipés en lits de médecine, sont deux régions dont les moyens en H.A.D. sont dérisoires. En revanche, le Poitou Charentes, le Nord Pas-de-Calais, les Pays de la Loire très faiblement équipés en lits de médecine, possèdent une capacité d'accueil importante en H.A.D.

Seules, les régions du Centre et de la Provence Côte d'Azur restent deux régions dont l'implantation en lits de médecine ou en places d'H.A.D. est comparable.

Sur la carte n° 3, on retrouve deux régions bien équipées à la fois en lits de chirurgie et en places d'H.A.D. : la Provence Alpes Côte d'Azur et l'Île de France et deux autres régions beaucoup moins bien équipées : le Centre et la Bretagne.

En revanche, la capacité d'accueil en lits de chirurgie et de places d'H.A.D. est opposée pour les régions des Pays de la Loire, le Poitou Charentes (faiblement équipés en lits de chirurgie et bien équipés en places d'H.A.D.) L'Alsace et la Corse (fortement équipées en lits de chirurgie et faiblement équipés en places d'H.A.D.).

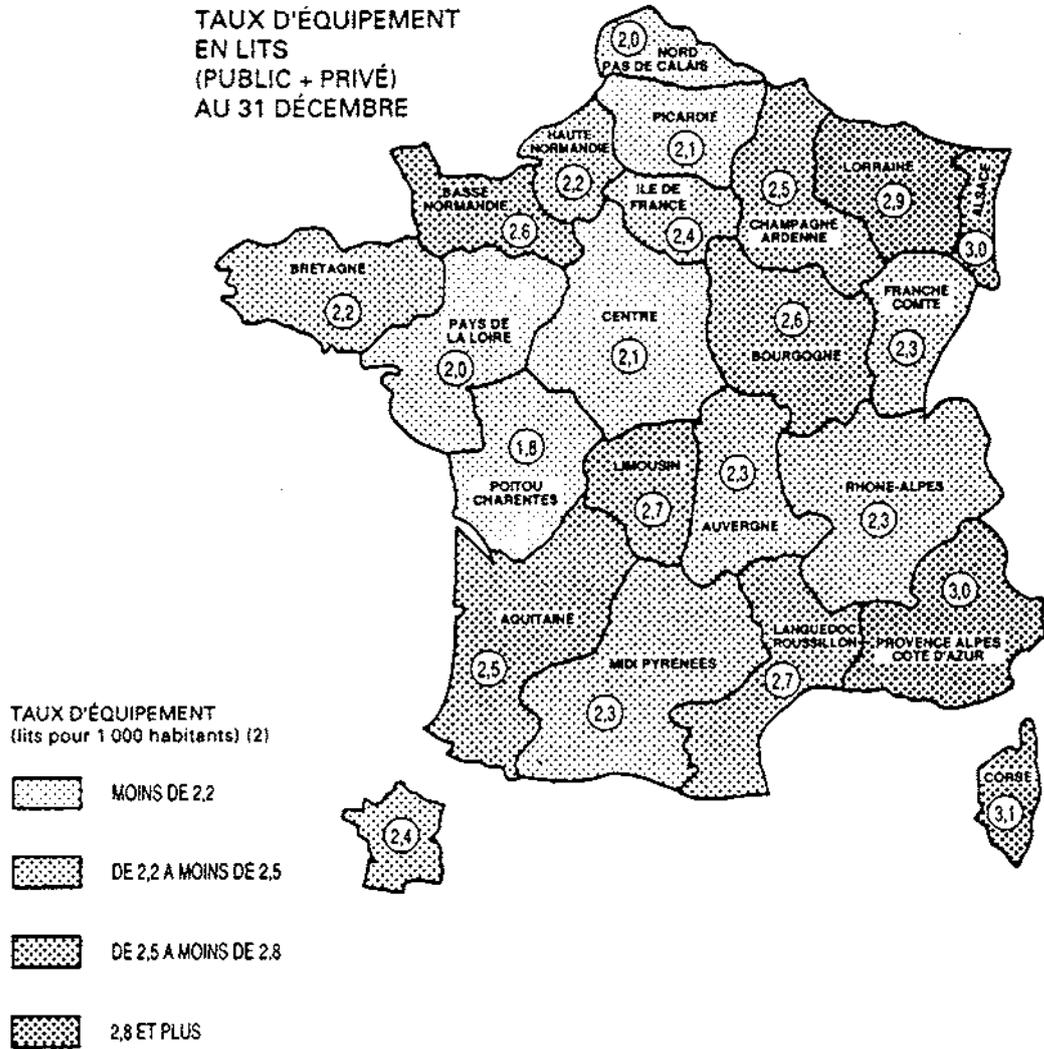
- *L'implantation des structures d'H.A.D. est essentiellement urbaine*

Les problèmes de transport conjugués aux caractéristiques d'habitat du patient limitent géographiquement les aires d'intervention des personnels d'H.A.D. dans les zones urbaines. L'exécution de techniques de soins particulières et bien définies pose également des problèmes de sécurité nécessitant un personnel rompu à ces techniques et rapidement rendu au domicile du patient.

Ces conditions expliquent l'absence d'implantation rurale des structures d'H.A.D., contrairement aux Services Infirmiers de Soins à Domicile (S.I.A.D.).

### Carte n°2

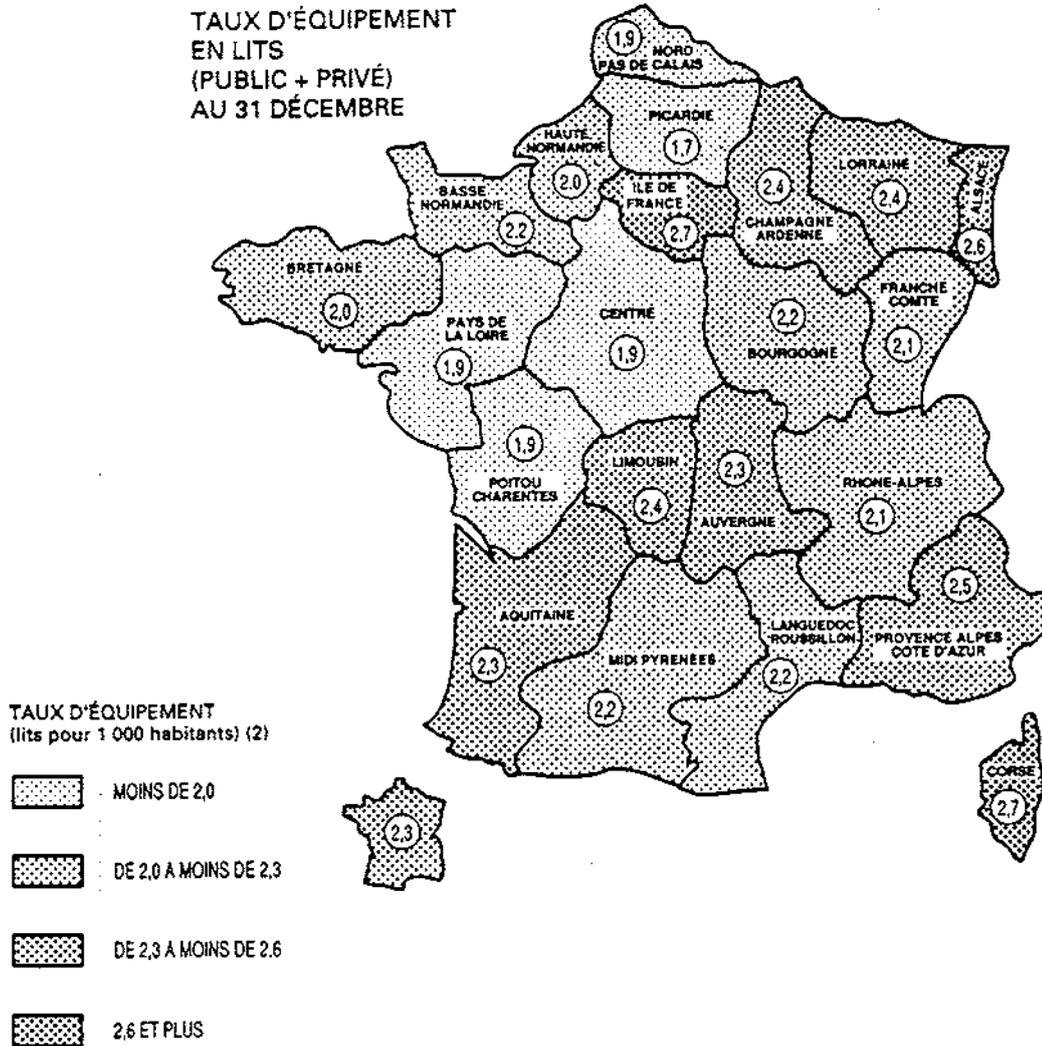
## Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète en médecine - 1er janvier 1990



INFORMATIONS HOSPITALIERES — NUMÉRO 34 — SPÉCIAL 1992

### Carte n°3

## Taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète en chirurgie - 1er janvier 1990



- (1) Voir définitions page 25 et mode de calcul page 26  
(2) Population au 31 décembre 1989

INFORMATIONS HOSPITALIÈRES — NUMÉRO 34 — SPÉCIAL 1992

L'implantation des structures d'H.A.D. comparée à celle de lits en médecine ou en chirurgie permet de souligner le développement anarchique de leur création.

### I.2.2. 41 structures qui se caractérisent par leur diversité

Cette diversité se retrouve à la fois au niveau du statut et de la taille.

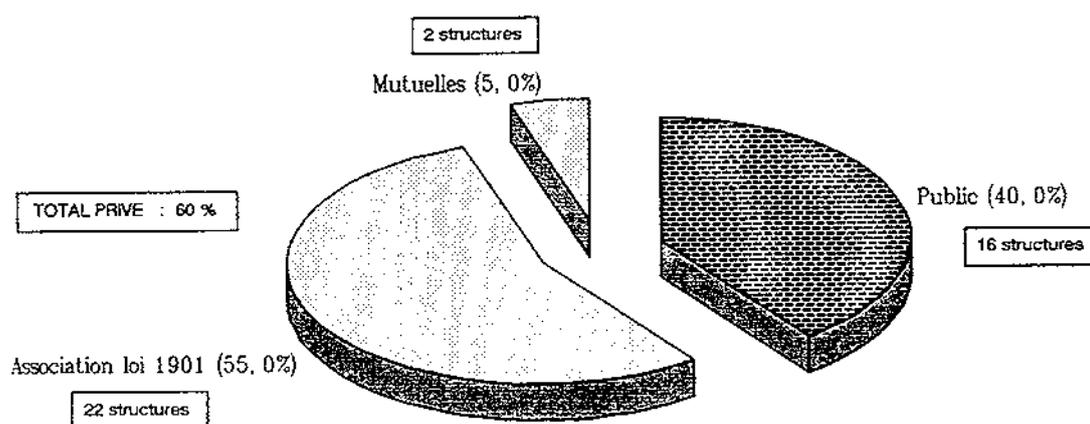
#### - Une majorité d'associations loi 1901 à but non lucratif

Au 1er janvier 1992, sur les 40 structures ayant répondu au questionnaire, 16 sont de statut public et 24 de statut privé à but non lucratif. Ainsi, le secteur privé regroupe 60 % de l'ensemble des structures d'H.A.D.

Parmi le secteur privé, 22 structures sont gérées par une association privée loi 1901 à but non lucratif (soit 55 % de l'ensemble des structures) et 2 autres structures par une société mutualiste, à but non lucratif également.

Graphique n° 2

Répartition des structures d'H.A.D. selon leur statut



- Une capacité d'accueil concentrée sur 2 structures

L'H.A.D. offre une capacité d'accueil de plus de 3 950 places au 1er janvier 1992, réparties sur 41 structures.

Ces structures sont de tailles très variées : Albi, dans le Tarn, possède la plus petite structure avec 5 places. A l'opposé, "Santé-Service" à Puteaux offre une capacité d'accueil de plus de 1 200 places.

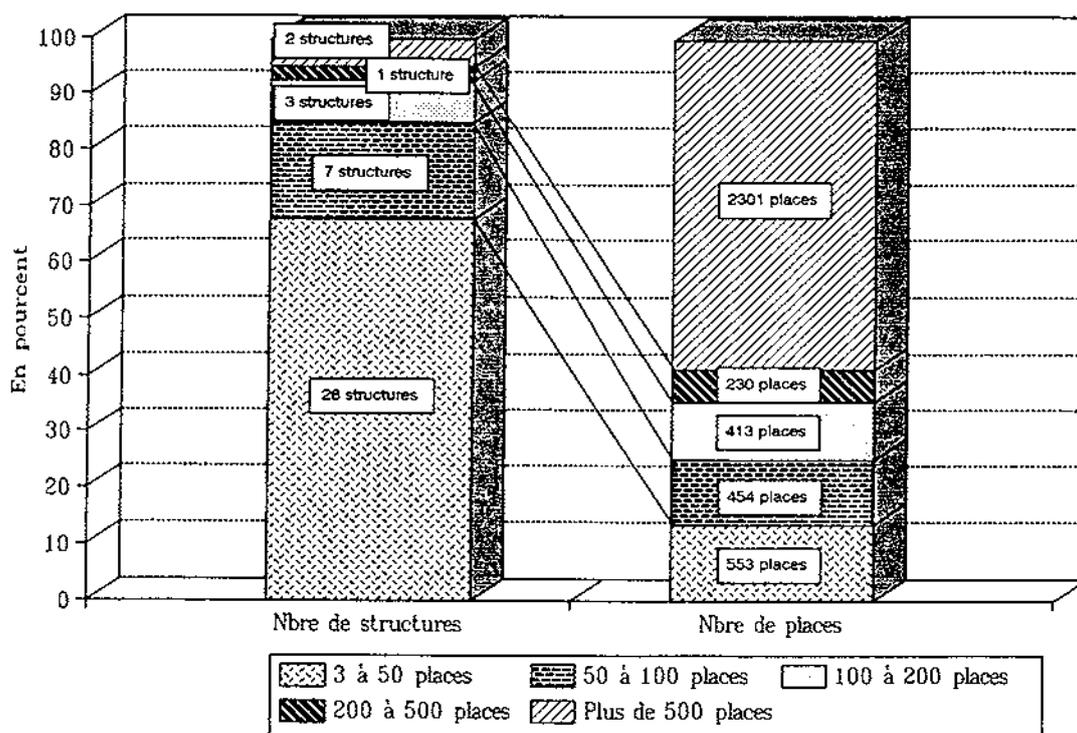
La majorité des structures sont de petite taille : 28 structures, représentant 68,3 % de l'ensemble des centres, offrent une capacité d'accueil comprise entre 3 et 50 places (graphique n° 3), soit 14 % de l'ensemble de la capacité en H.A.D.

Les deux structures les plus importantes "Santé-Service" à Puteaux et "l'Assistance-Publique - Hôpitaux de Paris" regroupent plus de 2 300 places, soit 58,2 % de l'ensemble des moyens offerts en H.A.D.

Le secteur privé regroupe 2489 places représentant 63 % de la capacité totale d'accueil en H.A.D.

Graphique n° 3

Répartition entre le nombre de structures d'H.A.D. et le nombre de places

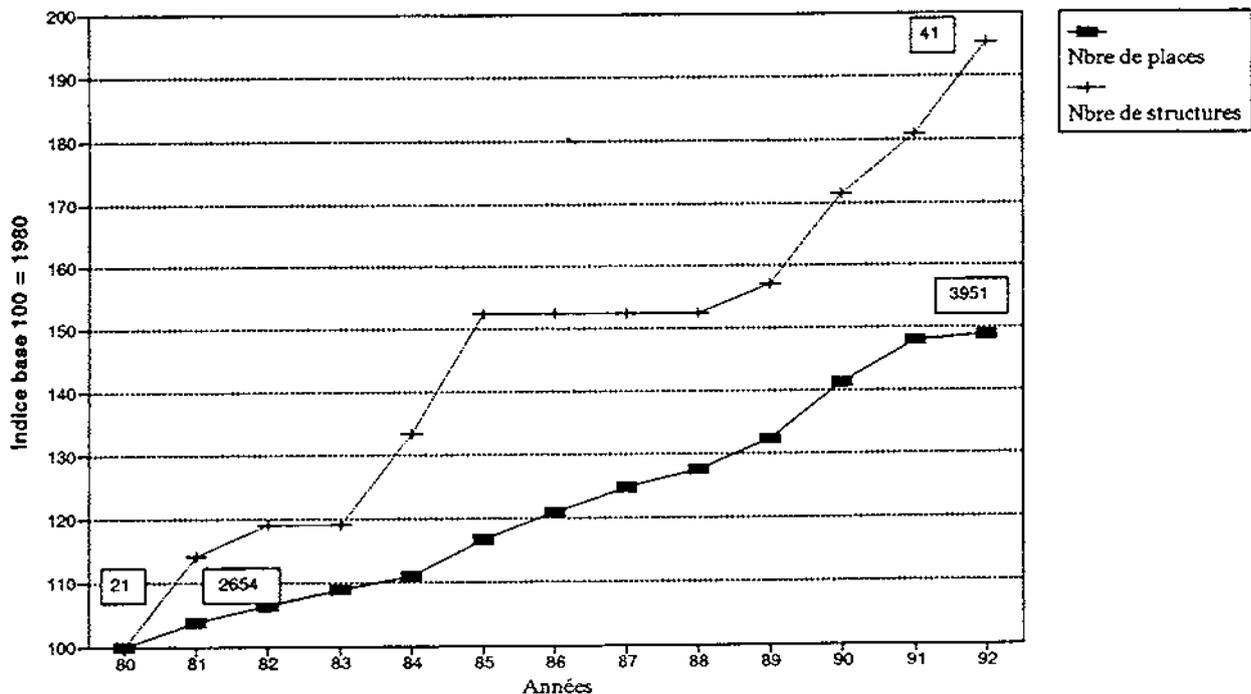


Sur la période 1980-1992, le nombre de structures d'H.A.D. a été multiplié par 2. Cette augmentation a été plus importante que celle du nombre de places, multipliée par 1,4 (Graphique n° 4).

Ces deux courbes traduisent une évolution très différente. En effet, le nombre de places d'H.A.D. offert en France Métropolitaine a connu depuis 1980 une évolution à peu près régulière (avec une petite phase de stagnation entre 1987 et 1989). Au contraire, l'évolution du nombre de structures d'H.A.D. paraît accidentée. La création d'un grand nombre de structures d'H.A.D., sur la période 1980 à 1985, n'est pas accompagnée d'un accroissement aussi important du nombre de places. Ce sont essentiellement des structures de petite taille qui ont été créées sur la période 1980 à 1992. Les plus grosses structures d'H.A.D., offrant une capacité d'accueil de plus de 100 places, ont été créées dans les années 50, 60 et au début des années 70. Elles répondaient à un besoin de dégagement des services hospitaliers. C'était une forme d'extension de l'activité hospitalière vers le domicile du patient.

Graphique n° 4

Evolution comparée du nombre de structures d'H.A.D.  
et du nombre de places de 1980 à 1992



Au cours des années 80, l'évolution du secteur hospitalier vers la fermeture de lits de court séjour ne se traduit plus par un besoin de dégagement des services hospitaliers, d'où une réticence dans le secteur public à la création des places d'H.A.D. Les chefs de services publics ont boudé l'H.A.D. en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète durant ces années.

**CHAPITRE II**

**L'H.A.D. : UN MODE DE**

**FONCTIONNEMENT VARIE**



## CHAPITRE II - L'H.A.D. : UN MODE DE FONCTIONNEMENT VARIE

Le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile varie d'une structure à l'autre ; cette diversité concerne à la fois :

- l'organisation de chaque structure,
- le personnel employé,
- les pathologies prises en charge,
- le financement de l'H.A.D.

Les résultats publiés dans ce chapitre concernent les 39 structures ayant répondu au questionnaire au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 1992.

### II.1. L'ORGANISATION DES STRUCTURES D'H.A.D.

#### II.1.1. D'une organisation simple à une organisation élatée

- *Une majorité de femmes cadres-infirmiers à la direction des différentes structures*

La direction des structures d'H.A.D. est assurée par une majorité de femmes (72 %).

79 % des dirigeants ont une formation paramédicale ou médicale (graphique n° 5). Ce sont surtout les cadres infirmiers qui ont pris l'initiative de diriger une structure d'H.A.D. (62 %). 77 % de femmes, responsables d'une structure d'H.A.D., sont issues de cette formation ; les dirigeants de sexe masculin possédant cette même formation représentent 25 % de l'ensemble des dirigeants masculins. Il faut également noter la double formation infirmier et assistant social que possèdent deux dirigeants et celle d'infirmier et Economie (une seule personne).

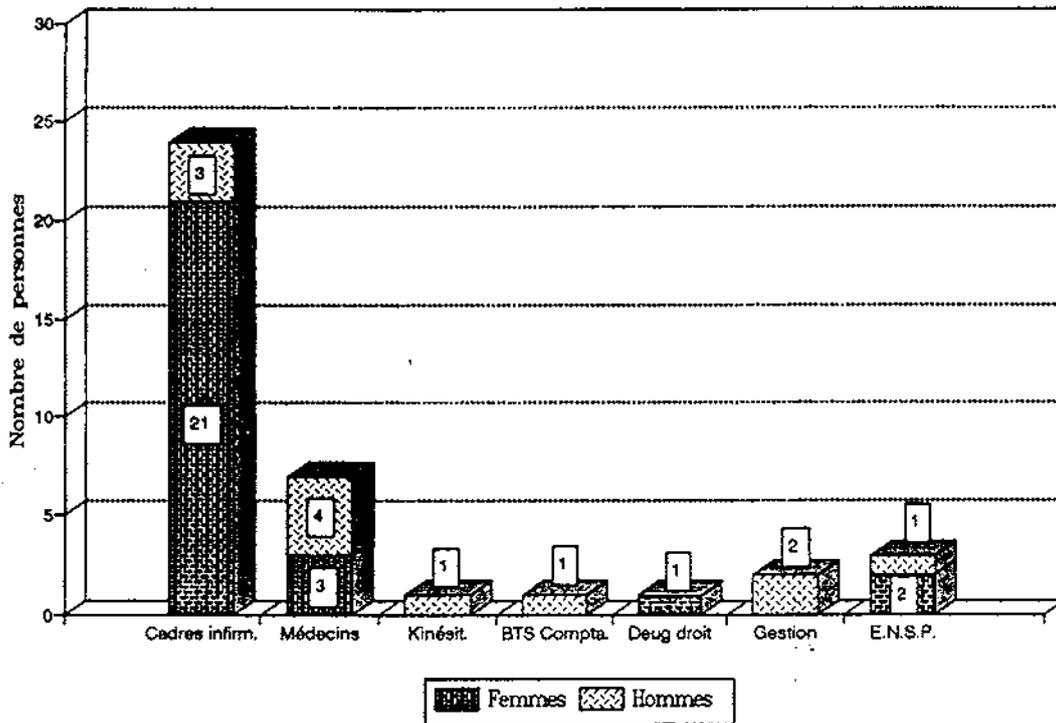
La direction d'une structure d'H.A.D. a attiré peu de médecins : seulement 17 % des directeurs. La proportion des médecins est plus importante parmi les hommes (33 % d'entre eux) que chez les femmes (11 % d'entre elles). Un masseur-kinésithérapeute dirige également une structure.

Les formations de type "Economie", "Gestion", "Comptabilité", sont peu représentées (un B.T.S. comptabilité, un DEUG Droit, 2 formations de gestion).

Il faut noter que 3 dirigeants sont issus de l'E.N.S.P. dont 2 travaillent dans le secteur public.

### Graphique n° 5

#### Formation des dirigeants des différentes structures d'H.A.D.



- *L'organisation au sein de chaque structure d'H.A.D. varie selon la taille des établissements.*
- Parmi les onze structures de moins de 20 places, se trouvent à côté de la direction, un service de soins médicaux dirigé par une infirmière, un service administratif composé d'une secrétaire médicale et un service social dont la responsable est l'assistante sociale.

Lorsque le responsable de la structure est de formation infirmière, cette même personne dirige également le service de soins médicaux.

Six de ces petites structures proposent également aux patients pris en charge un service d'aide-ménagères. Ces dernières sont salariées dans quatre de ces structures.

Dans les structures de statut public et dépendant d'un centre hospitalier, le service social et le service administratif sont très souvent assurés par un personnel commun à cet établissement et non propre à la structure d'H.A.D.

- Au-delà de 25 places, les structures d'H.A.D., dépendant ou non d'un centre hospitalier, disposent de leur propre personnel pour le secrétariat et le service social. A côté des services de soins médicaux, apparaît, dans certaines structures, un médecin ayant un rôle de conseiller médical et technique.
  - Dans les structures de plus de 50 places, apparaissent distinctement deux nouveaux services : un service de comptabilité et un service entretien-matériel.
  - Un service informatique existe dans les plus grosses structures : l'A.P.-H.P. à Paris, "Santé-Service" à Puteaux ainsi que Bagnolet. Paris et Puteaux disposent également d'un service de contrôle de gestion-finances et un service du personnel.
- *Paris et Puteaux : une aire d'intervention étendue qui nécessite une organisation éclatée.*

Paris et Puteaux, rayonnant sur un vaste territoire (Paris et une centaine de communes de la couronne), ont comme spécificité d'avoir un **service central** qui regroupe l'administration ; ils sont implantés respectivement à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et à Puteaux. Conjointement, ils disposent d'**unités de soins** sectorisées géographiquement : 23 pour l'Assistance Publique et 4 pour "Santé-Service".

Ces unités de soins ont pour but de favoriser la rapidité d'intervention du personnel, d'organiser des soins à domicile d'une manière continue et coordonnée grâce à une meilleure répartition géographique de la gestion des prises en charge.

Ces deux structures d'H.A.D. disposent également d'**antennes hospitalières** ou de pôles de coordination implantés dans les hôpitaux et dirigés par une infirmière. Leur rôle est de promouvoir l'H.A.D. au sein des hôpitaux et d'assurer le relais entre ces derniers et le service central.

En dehors de Paris et de Puteaux, dans les régions françaises où la densité de places d'H.A.D. pour 100 000 habitants est la plus forte, les structures d'H.A.D. interviennent sur un plus grand territoire. C'est le cas de Limoges, Bayonne, Angoulême et Bagnolet.

### **II.1.2. Diversité du nombre d'accords passés avec les établissements hospitaliers**

Selon la circulaire de la CNAMTS de 1974, les établissements hospitaliers, qui souhaitent que leurs patients soient pris en charge en H.A.D., doivent au préalable signer un accord avec la structure d'H.A.D.

On observe une grande diversité du nombre d'accords passés entre les établissements hospitaliers et les structures d'H.A.D.

La majorité des structures d'H.A.D. de statut public reçoivent des malades ne venant que d'un seul établissement hospitalier et notamment celui dont elles font partie. Seules, cinq structures d'H.A.D. publiques travaillent avec d'autres établissements : c'est le cas de Grenoble qui a passé un accord avec 2 cliniques, Lannion (1 clinique), Limoges (1 clinique), Roanne (1 clinique) et Paris. L'H.A.D. de "l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris" a passé des accords avec 11 établissements différents de "l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris".

Les 24 structures d'H.A.D. privées à but non lucratif ont passé des accords avec 16 établissements hospitaliers en moyenne sachant que "Santé-Service" à Puteaux en a passé 36, plus un accord supplémentaire avec l'A.P.-H.P représentant 41 établissements comportant du court séjour.

La diversité de ces accords se situe aussi au niveau de la forme. Ainsi, les cinq structures d'H.A.D. de statut public qui reçoivent des malades provenant d'établissements hospitaliers différents de celui dont elles dépendent, ont passé des accords écrits avec ces établissements comme le préconise la CNAMTS par le biais d'une convention.

En revanche, si la majorité des structures d'H.A.D. de statut privé ont également passé une majorité d'accords écrits, on observe aussi un grand nombre d'accords verbaux.

### **II.1.3. Des structures dont l'hospitalisation à domicile n'est pas la seule activité**

Les structures d'H.A.D. de statut public ont comme autre formule de soins, celles proposées par le centre hospitalier dont elles dépendent (hospitalisation classique, moyen séjour, long séjour). Tous ces établissements peuvent proposer à leurs malades l'hospitalisation de jour ; quatre d'entre eux ont comme autre activité les soins à domicile et deux d'entre eux ont une activité de cure.

Parmi les structures d'H.A.D. de statut privé :

- 17 sur 24 ont un service de Soins Infirmiers à Domicile (S.I.A.D.). Deux d'entre elles proposent le long séjour à domicile et une autre structure l'hospitalisation de jour.
- Une structure propose des soins palliatifs à côté de l'H.A.D.
- Les six autres structures ne pratiquent que l'H.A.D.

## II.2. LE PERSONNEL

### II.2.1. Le personnel salarié

Les structures d'H.A.D. emploient du personnel salarié à temps plein ou à temps partiel. Nous avons relevé le nombre de salariés en équivalent temps plein (Eq TP) selon les catégories de personnel.

Au total, en 1992, 39 structures d'H.A.D. emploient 1 864,80 équivalents temps plein salariés, dont 77,52 % de personnel médical et paramédical et 13,25 % de personnel administratif. Le reste du personnel salarié se distribue entre les aide-ménagères (4,93 %), les intervenants sociaux (2,84 %) et le personnel technique (1,18 %) (Cf. Tableaux n<sup>os</sup> 1 et 2, et Graphiques n<sup>os</sup> 6 et 7).

On remarque que seul le secteur privé emploie des aide-ménagères salariées et notamment "Santé-Service" de Puteaux (9 % des Eq TP), alors que "l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris" n'en emploie aucune. Le poids des personnels administratifs est plus important dans ces deux méga-structures (respectivement 15,8 % et 17 % contre 9,5 % dans les autres structures privées et 4,3 % dans les autres structures publiques). Ces dernières font partie d'un centre hospitalier, ce qui peut expliquer un certain report (ou partage) de ce type de personnel avec la structure-mère (il n'est déclaré ici que le personnel propre à la structure). Les assistantes sociales sont plus rares parmi les associations privées hormis Puteaux.

Le pourcentage de personnel médical et paramédical est plus fort au sein des structures publiques (sans l'AP-HP). Sur l'ensemble des structures, il s'agit en forte majorité d'infirmiers (4,6 salariés sur 10) et d'aide-soignants (2,6 sur 10), les médecins et les sages-femmes étant rares (Cf. Tableaux en annexes 4, 5, 6 et 7).

Parmi les infirmiers, près d'un équivalent temps plein sur 4,7 (17,6 %) est surveillant ou coordinateur. Cette proportion varie selon le statut de la structure d'H.A.D. Dans le secteur public, on compte un équivalent temps plein d'infirmier-surveillant ou coordinateur pour 6,9 infirmiers à l'AP-HP et 1 pour 7,7 ailleurs. Dans le secteur privé, on en compte 1 pour 4,5 à "Santé-Service" de Puteaux et même 1 pour 3,2 dans les autres associations. Ceci est dû au fait que, dans les petites associations, il existe pratiquement toujours une infirmière-coordinatrice, quel que soit le nombre d'infirmières salariées qui est forcément faible.

La proportion d'aide-soignants est plus forte dans le secteur privé, y compris à "Santé-Service" de Puteaux. Par contre, les puéricultrices sont rares dans ce secteur, et il n'y a pas de sages-femmes non plus car l'obstétrique y est moins pratiquée que dans le secteur public. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés sont rares à l'AP-HP et "Santé-Service" de Puteaux en rapport avec leur faible pourcentage de prise en charge pour traumatismes.

Tableau n° 1

Répartition des personnels salariés  
des structures d'hospitalisation à domicile  
selon le statut de l'établissement

CATEGORIE DU PERSONNEL (grands groupes)	Code	Statut				Ensemble	
		Ensemble Public		Ensemble Privé non lucratif		Effectif Eq Tpl	% Col. % lig.
		Effectif Eq TP1*	% Col. % lig.	Effectif Eq TP1	% Col. % lig.		
PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL	1	532,5	81,70% 36,84%	913,0	75,27% 63,16%	1 445,5	77,52% 100,00%
INTERVENANTS SOCIAUX	2	23,0	3,53% 43,40%	30,0	2,47% 56,60%	53,0	2,84% 100,00%
AIDE-MENAGERES	3	3,0	0,46% 3,26%	89,0	7,34% 96,74%	92,0	4,93% 100,00%
PERSONNEL ADMINISTRATIF	4	90,3	13,85% 36,51%	157,0	12,94% 63,49%	247,3	13,26% 100,00%
PERSONNEL INFORMATIQUE	5			5,0	0,41% 100,00%	5,0	0,27% 100,00%
PERSONNEL TECHNIQUE	6	3,0	0,46% 13,64%	19,0	1,57% 86,36%	22,0	1,18% 100,00%
ENSEMBLE		651,8	100,00% 34,95%	1 213,0	100,00% 65,05%	1 864,8	100,00% 100,00%

\* L'effectif est exprimé en Equivalents Temps Plein (Eq TP1)

Tableau n° 2

Répartition des personnels salariés  
des structures d'hospitalisation à domicile  
selon le type de structure

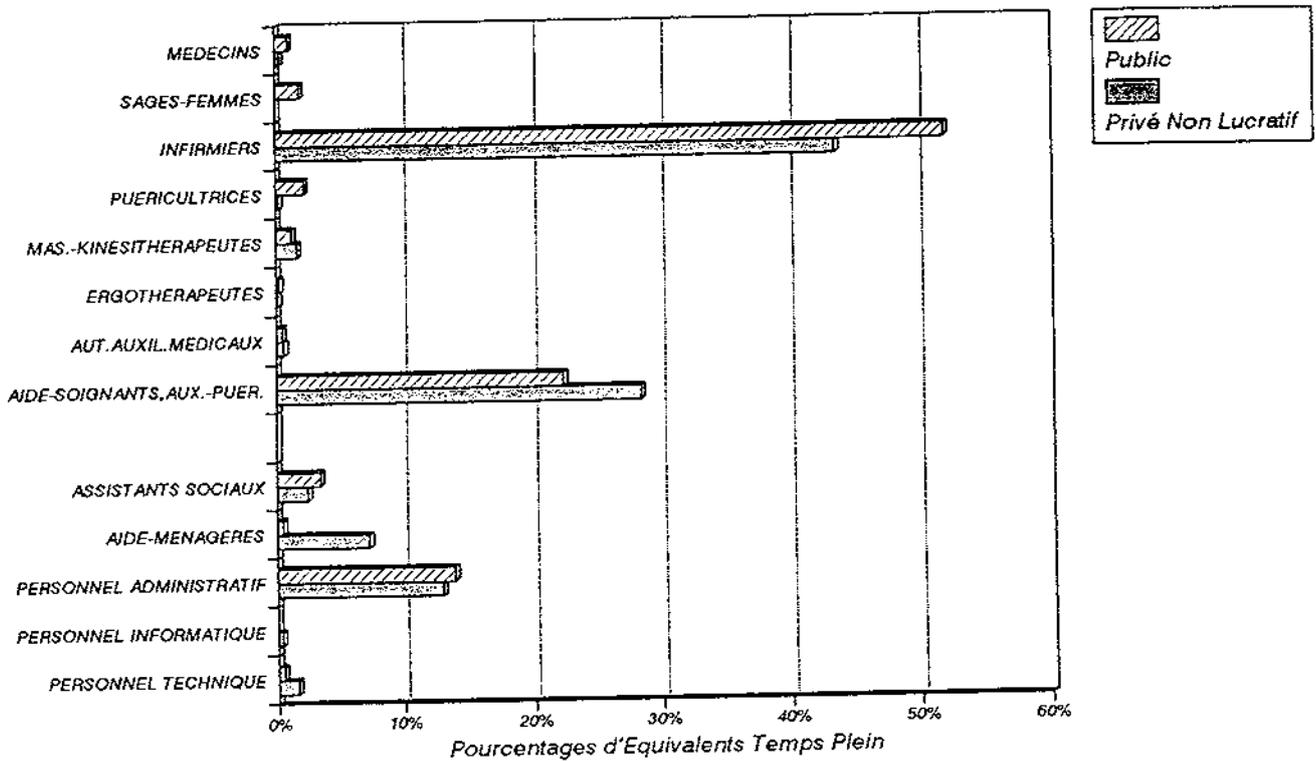
CATEGORIE DU PERSONNEL (grands groupes)	Type de structure									Ensemble	
	Public sans l'AP-HParis			AP-HParis (Public)		Privé non lucratif sans Puteaux		Santé-Service Puteaux (Pr. n.l.)			
	Code	Effectif Eq TPI*	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.
PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL	1	144,0	88,34% 9,96%	388,5	79,48% 26,88%	460,0	82,73% 31,82%	453,0	68,95% 31,34%	1445,5	77,52% 100,00%
INTERVENANTS SOCIAUX	2	6,0	3,68% 11,32%	17,0	3,48% 32,08%	8,0	1,44% 15,09%	22,0	3,35% 41,51%	53,0	2,84% 100,00%
AIDE-MENAGERES	3	3,0	1,84% 3,26%			30,0	5,40% 32,61%	59,0	8,98% 64,13%	92,0	4,93% 100,00%
PERSONNEL ADMINISTRATIF	4	7,0	4,29% 2,83%	83,3	17,04% 33,68%	53,0	9,53% 21,43%	104,0	15,83% 42,05%	247,3	13,26% 100,00%
PERSONNEL INFORMATIQUE	5							5,0	0,76% 100,00%	5,0	0,27% 100,00%
PERSONNEL TECHNIQUE	6	3,0	1,84% 13,64%			5,0	0,90% 22,73%	14,0	2,13% 63,64%	22,0	1,18% 100,00%
ENSEMBLE		163,0	100,00% 8,74%	488,8	100,00% 26,21%	556,0	100,00% 29,82%	657,0	100,00% 35,23%	1864,8	100,00% 100,00%

\* L'effectif est exprimé en Equivalents Temps Plein (Eq TPI)

Parmi le personnel administratif, il y a peu de personnel de direction, mais essentiellement des secrétaires et des employés de bureau.

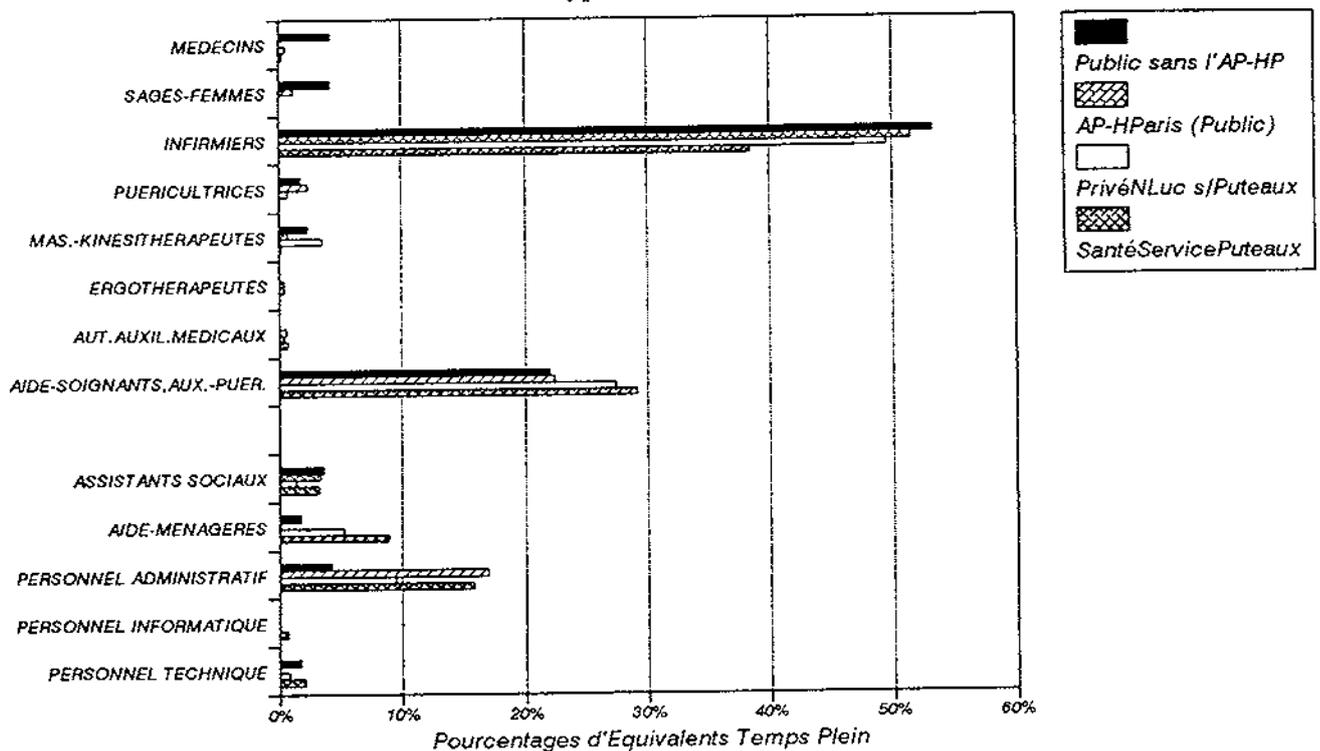
Graphique n° 6

Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le statut de l'établissement



Graphique n° 7

Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le type de structure



## II.2.2. Les autres intervenants

En plus du personnel salarié par les structures d'H.A.D., d'autres intervenants participent à l'activité de l'hospitalisation à domicile. La plupart sont rémunérés à l'acte. Il s'agit naturellement des médecins traitants des patients pris en charge, mais également d'auxiliaires médicaux et même d'infirmières. Le patient choisit lui-même son médecin et celui-ci est payé sur honoraires (à l'acte). Il en est de même pour les auxiliaires médicaux dont l'intervention est beaucoup plus rare que celle des infirmières et notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Parmi le personnel administratif et autre, on dénombre des comptables par exemple.

Il nous est difficile de donner des résultats de détail et d'analyser les réponses à cette partie du questionnaire, car les réponses n'ont été que partielles aux différentes questions posées sans qu'il soit possible d'homogénéiser l'information. Il a été impossible le plus souvent, à partir des statistiques agrégées tenues par les structures, de répondre complètement en individualisant chaque catégorie d'intervenant. Il a été difficile de comptabiliser soit le nombre d'heures effectuées au cours des sept derniers jours par les intervenants extérieurs. Enfin, les statistiques relevées pour 1991 et 1990 nous fournissent qu'un fichier incomplet sans qu'il soit possible d'estimer le nombre d'actes effectués ou le coût annuel lorsque la réponse n'est pas donnée.

## II.3. LES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE

Certaines structures d'H.A.D. disposent de statistiques sur les motifs de prise en charge, mais les indicateurs utilisés sont très variables.

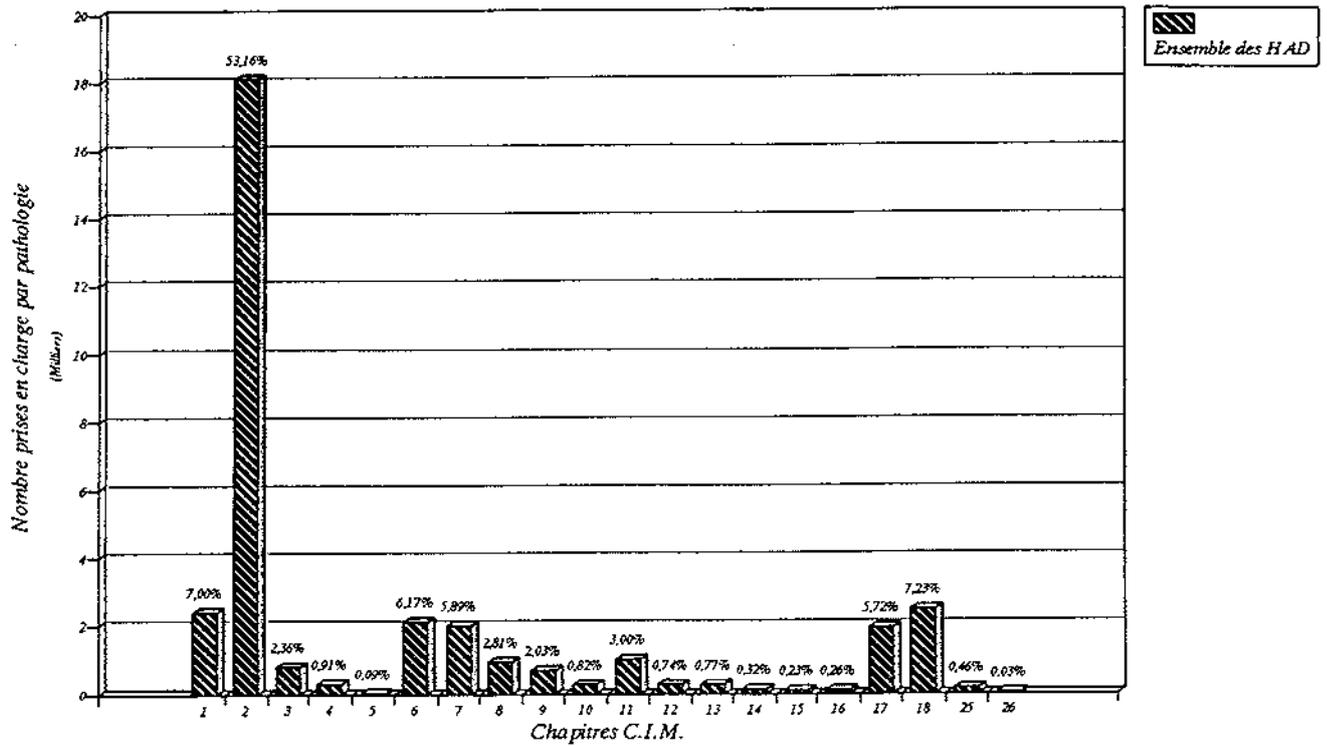
Pour répondre de façon homogène sur la France à la question sur les pathologies prises en charge en H.A.D., les structures ont dû le plus souvent rouvrir les dossiers de leurs malades afin de noter la maladie précise ayant motivé l'H.A.D.

### Présentation générale

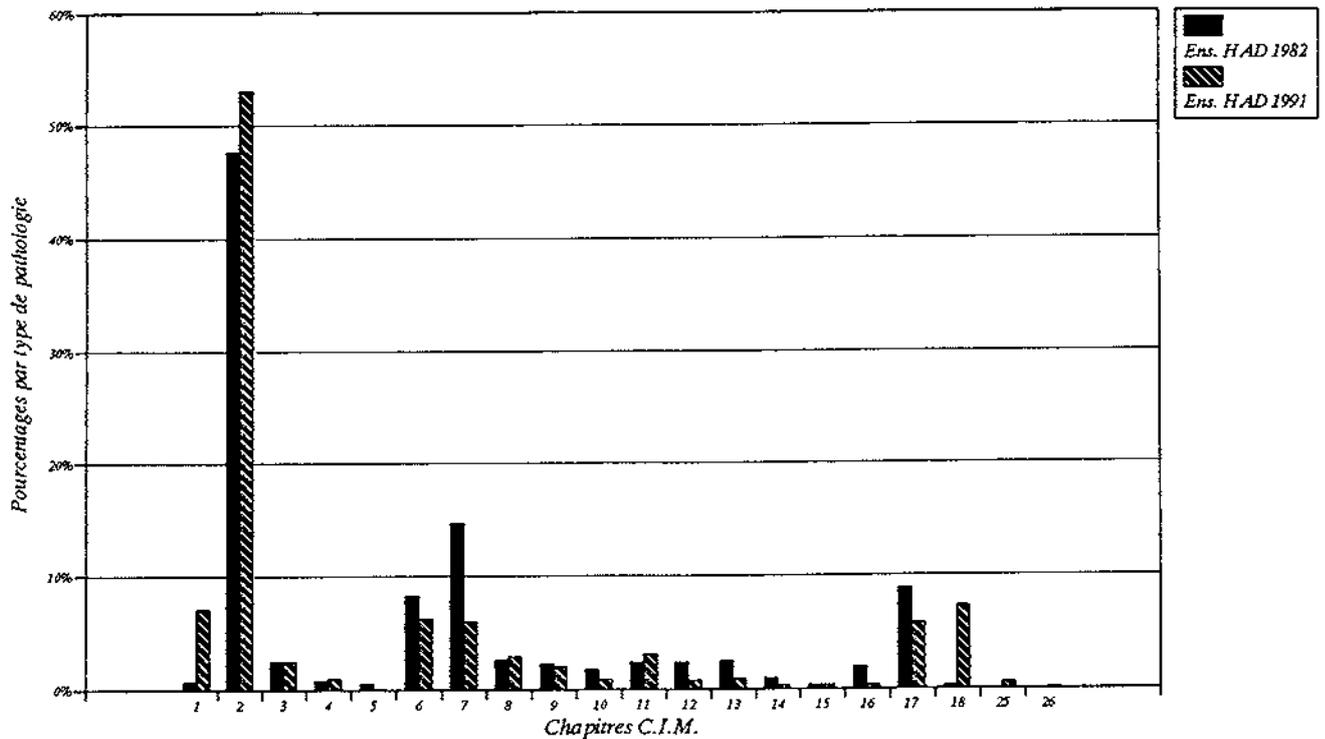
Elles ont le plus souvent déclaré une pathologie par admission, rarement plus d'une (seulement lorsqu'une maladie principale était difficilement isolée); quelques rares structures enfin ont déclaré une pathologie par malade, que celui-ci ait été admis une ou plusieurs fois au cours de l'année 1991, et sans qu'il soit possible de ramener aux admissions.

Au total, sur 34 460 admissions, on a pu préciser 34 063 motifs de prise en charge en terme de pathologies.

Graphique n° 8  
Pathologies rencontrées en H.A.D. - Nombre en France en 1991



Graphique n° 9  
Pathologies rencontrées en H.A.D. - Evolution en % en France de 1982 à 1991



### II.3.1. Une très grande majorité de tumeurs malignes

Plus de 53 % des motifs déclarés de prise en charge en H.A.D. sont des tumeurs malignes. En 1982, elles représentaient 47,6 %. S'ajoutent 7 % de maladies infectieuses dont 6,5 % de SIDA ; cela totalise plus de 60 % des motifs sur l'ensemble des structures d'H.A.D. (Cf. Tableau n° 3, Annexe 9 et Graphiques nos 8 et 9).

Les maladies du système nerveux (6,2 %) et celles de l'appareil circulatoire (5,9 %) restent des motifs fréquents, ainsi que les traumatismes (5,7 %), mais ils cèdent une part des prises en charge aux cancers et à des motifs dont certains sont nouveaux :

- les grossesses pathologiques (3 % contre 2,3 % en 1982, chapitre 11 de la C.I.M.) et les surveillances du post-partum (suites de couches) (6,3 % contre 0 % en 1982, incluses dans le chapitre 18) d'une part,
- les polyopathologies (0,6 % contre 0 % en 1982, incluses également dans le chapitre 18) d'autre part (Cf. Annexe 8).

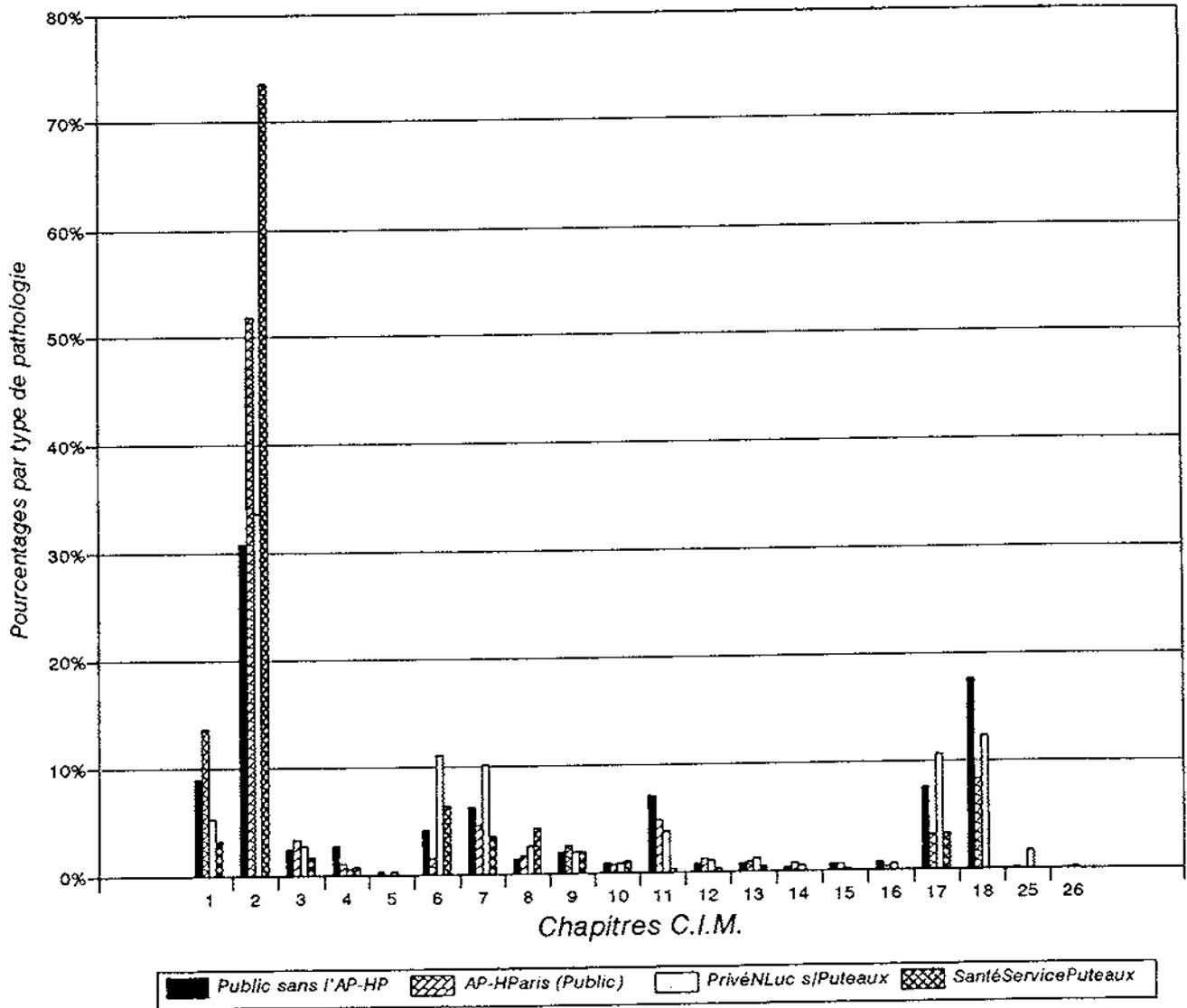
Tableau n° 3

Répartition des maladies prises en charge en H.A.D. en 1991  
selon la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) de l'O.M.S.

Code chapitre	Libellé de la maladie ou du chapitre C.I.M.	Nombre de maladies 1991	Pourcentage sur l'ensemble
01	Maladies infectieuses et parasitaires	2 386	7,00
02	Tumeurs	18 108	53,16
03	Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme, troubles immunitaires	805	2,36
04	Maladies du sang et organes hématopoïétiques	309	0,91
05	Troubles mentaux	29	0,09
06	Maladies du système nerveux, NC oeil ni oreille	2 102	6,17
07	Maladies de l'appareil circulatoire	2 006	5,89
08	Maladies de l'appareil respiratoire, NC voies aériennes supérieures	956	2,81
09	Maladies de l'appareil digestif, NC bouche dents	690	2,03
10	Maladies des organes génito-urinaires	279	0,82
11	Complication de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	1 022	3,00
12	Maladies de la peau et tissu cellulaire sous-cutané	251	0,74
13	Maladies du système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	263	0,77
14	Anomalies congénitales	109	0,32
15	Certaines affections d'origine périnatale	78	0,23
16	Symptômes, signes et états morbides mal définis	90	0,26
17	Lésions traumatiques et empoisonnements YC causes extérieures	1 950	5,72
18	Autres motifs de recours aux services de santé	2 464	7,23
25	Maladies de l'oeil et ses annexes	155	0,46
26	Maladies des oreilles, nez et larynx	11	0,03
<b>TOTAL DES PATHOLOGIES DECLAREES</b>		<b>34 063</b>	<b>100,00</b>

### Graphique n° 10

Pathologies rencontrées en H.A.D. en 1991  
Pourcentage selon le type de structure d'H.A.D.



En ce qui concerne le secteur privé seul, la proportion de cancers est plus élevée ; ceci est dû au poids de "Santé-Service" de Puteaux qui a pourtant diversifié ses types de prises en charge. Pour le secteur public, "l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris" joue un rôle important dans l'augmentation des prises en charge pour cancer depuis 1982, et surtout dans le nombre des SIDA (Cf. Tableaux n<sup>os</sup> 4 et 5, Annexe 8, 9 et 9 bis et Graphiques n<sup>os</sup> 10, 11 et 12).

Sur les tableaux n<sup>os</sup> 4 et 5, les annexes 8, 9 et 9 bis et les graphiques correspondants n<sup>os</sup> 10, 11 et 12, on observe des situations ayant évolué différemment depuis dix ans.

- a) l'AP-HP a considérablement augmenté sa proportion de prise en charge pour tumeurs malignes (51,9 % contre 28,9 % en 1982) aux dépens des maladies cardio-vasculaires (4,5 % contre 19,5 % en 1982). Les prises en charge pour surveillance du post-partum atteignent 8,4 % contre 0 % en 1982. Le SIDA atteint 13,6 % des prises en charge, en relation avec sa répartition géographique et sa fréquence en court séjour de l'AP-HP.
- b) "Santé-Service" de Puteaux a au contraire diversifié son activité en ouvrant ses places plus largement à d'autres motifs : 73,6 % de tumeurs contre 83,7 % en 1982, au profit des traumatismes (3,3 % contre 1,8 % en 1982), de maladies du système nerveux (6,3 % contre 3,4 % en 1982), et du SIDA (3,15 % en 1991).
- c) Les structures de statut public, non comprise l'AP-HP, se distinguent en 1991 par une part plus modeste de tumeurs malignes (32,6 %), plus importante de complications de la grossesse (7,1 %), et surtout des autres motifs de recours aux services de santé (18,7 %). Le SIDA correspond, comme à l'AP-HP, à une grande part des motifs de prise en charge : 9,4 %.
- d) Les structures de statut privé, non comprise "Santé-Service" de Puteaux, se distinguent également par une part plus modeste de tumeurs malignes en 1991 (33,6 %), mais une part plus importante de maladies du système nerveux (11,1 %), de l'appareil circulatoire (10,2 %), de traumatismes (10,6 %), et d'autres motifs de recours aux services de santé (12,3 %). Le SIDA représente 5,2 % des motifs.

Au total, le secteur public dans son ensemble accueille 62,2 % des SIDA, mais seulement 30,8 % des tumeurs malignes. Il se distingue également par les motifs relatifs à l'obstétrique. Le secteur privé par contre rassemble plus de tumeurs malignes, de maladies du système nerveux, de l'appareil circulatoire et de traumatismes (Cf. Tableau n<sup>o</sup> 5 et Annexe 8).

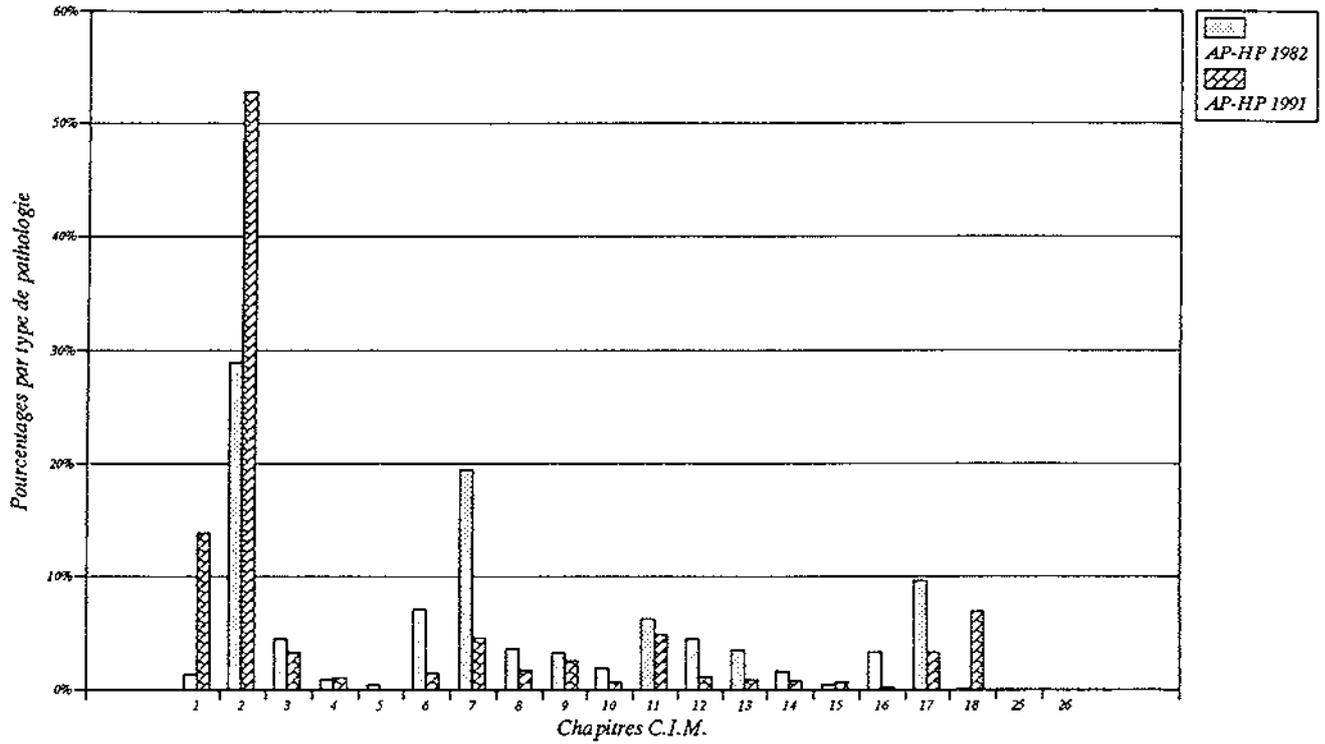
Tableau n° 4

Répartition des pathologies prises en charge en H.A.D.  
selon le type d'établissement (C.I.M.)

Libellé des maladies (Chapitres C.I.M.)	Statut							
	Public non AP-HParis		Public AP-HParis		Privé non Santé- Service Puteaux		Privé Santé- Service Puteaux	
	Nombre de Maladies en 1991	% col. % lig.	Nombre de Maladies en 1991	% col. % lig.	Nombre de Maladies en 1991	% col. % lig.	Nombre de Maladies en 1991	% col. % lig.
1 Maladies infectieuses et parasitaires	263	8,90%	1 220	13,58%	505	5,22%	398	3,15%
2 Tumeurs	908	11,02%	4 667	51,13%	3 247	21,17%	9 286	16,68%
3 Maladies endocriniennes, Nutrition, Métabolisme et troubles immunitaires	69	30,73%	288	51,93%	251	33,58%	197	73,58%
4 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	78	5,01%	91	25,77%	46	17,93%	94	51,28%
5 Troubles mentaux	9	2,34%		3,20%	20	2,60%		1,56%
6 Maladies du système nerveux, NC oeil ni oreilles	118	8,57%		35,78%		31,18%		24,47%
7 Maladies de l'appareil circulatoire	181	2,64%		29,45%		14,89%		30,42%
8 Maladies de l'appareil respiratoire, NC V.A. Sup.	40	0,30%	124	1,38%	1 069	0,21%	791	6,27%
9 Maladies de l'appareil digestif, NC bouche, dents	58	31,03%	405	5,90%	986	11,06%	434	37,63%
10 Maladies des organes génito-urinaires	23	6,13%	148	4,51%	246	10,20%	522	3,44%
11 Complications Grossesse accouchement et suites de couches	210	9,02%	220	20,19%	177	49,15%	235	21,64%
12 Maladies de la peau et tissu cellulaire sous-cutané	21	1,35%	102	1,65%	90	2,54%	38	4,14%
13 Maladies du système ostéo-articulaire	20	4,18%	70	15,48%	117	25,73%	56	54,60%
14 Anomalies congénitales	5	1,96%	62	2,45%	42	1,83%		1,86%
15 Certaines affections d'origine périnatale	18	8,41%	50	31,88%	10	25,65%		34,06%
16 Symptômes, signes et états morbides mal définis	20	0,78%	102	0,61%	53	0,83%	419	0,96%
17 Lésions traumatiques et empoisonnements, YC causes extérieures	221	8,24%	286	19,71%	1 024	28,67%		43,37%
18 Autres motifs de recours aux services de santé	522	7,11%	753	4,77%	1 189	3,66%		0,23%
25 Maladies de l'oeil et ses annexes	3	20,55%		40,64%		35,86%		15,14%
26 Maladies des oreilles, nez et larynx		0,71%		0,78%		1,21%		0,44%
		8,37%		26,62%		44,49%		21,29%
		0,17%		0,69%		0,43%		
		4,59%		56,88%		38,53%		
		0,61%		0,56%		0,10%		
		23,08%		64,10%		12,82%		
		0,68%		0,19%		0,55%		
		22,22%		18,89%		58,89%		
		7,48%		3,18%		10,59%		3,32%
		11,33%		14,67%		52,51%		21,49%
		17,66%		8,38%		12,30%		
		21,19%		30,56%		48,25%		
		0,10%				1,57%		
		1,94%				98,06%		
						0,11%		
						100,00%		
<b>Total des Pathologies</b>	<b>2 787</b>	<b>94,31%</b>	<b>8 987</b>	<b>100,00%</b>	<b>9 669</b>	<b>100,00%</b>	<b>12 620</b>	<b>100,00%</b>
		<b>8,18%</b>		<b>26,38%</b>		<b>28,39%</b>		<b>37,65%</b>

Graphique n° 11

Pathologies rencontrées en H.A.D. de AP-HP  
Pourcentage France 1982 et 1991



Graphique n° 12

Pathologies à Santé-Service de Puteaux  
Pourcentage France 1982 et 1991

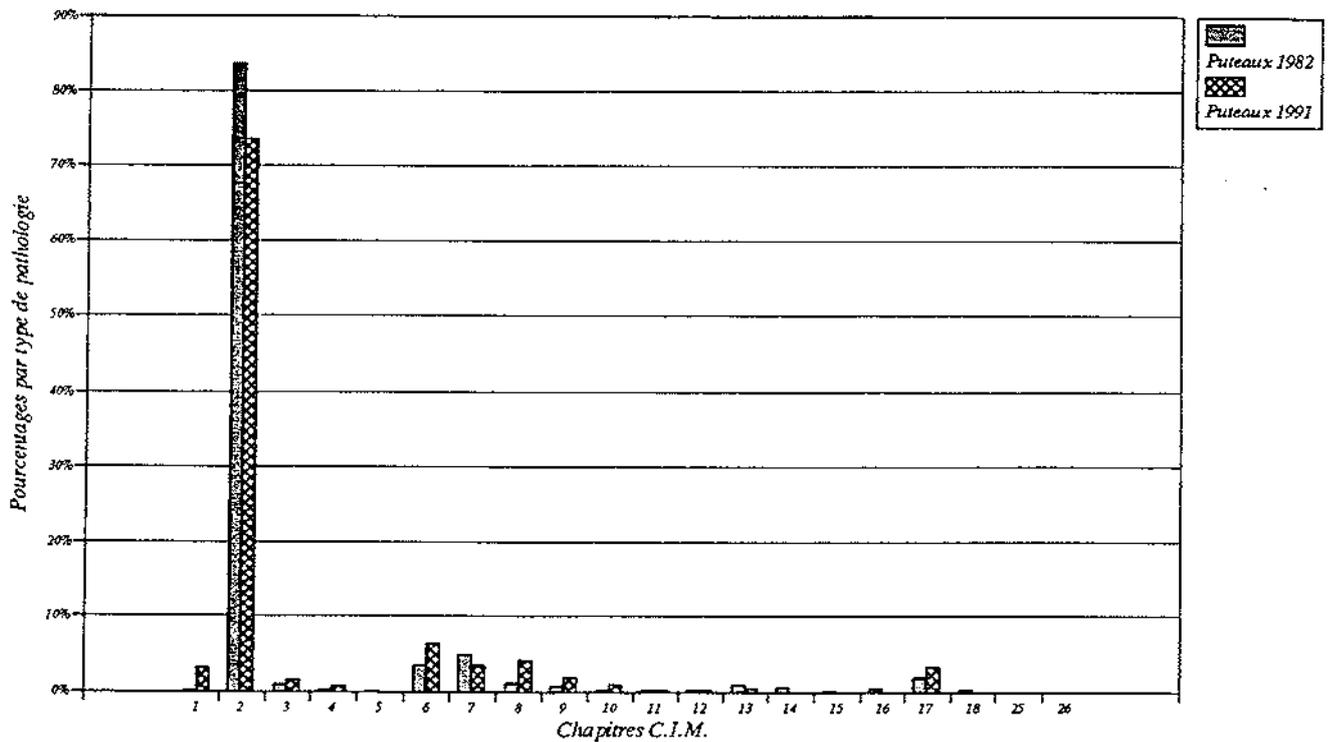


Tableau n° 5

Répartition des pathologies prises en charge en H.A.D.  
selon le statut de l'établissement (C.I.M.)

Libellé des maladies	Statut				Ensemble	
	Public		Privé		Nombre de Maladies en 1991	% col. % lig.
	Nombre de Maladies en 1991	% col. % lig.	Nombre de Maladies en 1991	% col. % lig.		
1 Maladies infectieuses et parasitaires	1 483	12,42%	903	4,05%	2 386	7,00%
2 Tumeurs	5 575	62,15%	12533	37,85%	18 108	100,00%
		46,68%		56,23%		53,16%
3 Maladies endocriniennes, Nutrition, Métabolisme et troubles immunitaires	357	30,79%	448	69,21%	805	100,00%
		2,99%		2,01%		2,36%
4 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	169	44,35%	140	55,65%	309	100,00%
		1,42%		0,63%		0,91%
5 Troubles mentaux	9	54,69%	20	45,31%	29	100,00%
		0,08%		0,09%		0,09%
6 Maladies du système nerveux, NC oeil ni oreilles	242	31,03%	1860	68,97%	2 102	100,00%
		2,03%		8,34%		6,17%
7 Maladies de l'appareil circulatoire	586	11,51%	1420	88,49%	2 006	100,00%
		4,91%		6,37%		5,89%
8 Maladies de l'appareil respiratoire, NC V.A. Sup.	188	29,21%	768	70,79%	956	100,00%
		1,57%		3,45%		2,81%
9 Maladies de l'appareil digestif, NC bouche, dents	278	19,67%	412	80,33%	690	100,00%
		2,33%		1,85%		2,03%
10 Maladies des organes génito-urinaires	78	40,29%	201	59,71%	279	100,00%
		0,65%		0,90%		0,82%
11 Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	639	27,96%	383	72,04%	1 022	100,00%
		5,35%		1,72%		3,00%
12 Maladies de la peau et tissu cellulaire sous-cutané	123	62,52%	128	37,48%	251	100,00%
		1,03%		0,57%		0,74%
13 Maladies du système ostéo-articulaire	90	49,00%	173	51,00%	263	100,00%
		0,75%		0,78%		0,77%
14 Anomalies congénitales	67	34,22%	42	65,78%	109	100,00%
		0,56%		0,19%		0,32%
15 Certaines affections d'origine périnatale	68	61,47%	10	38,53%	78	100,00%
		0,57%		0,04%		0,23%
16 Symptômes, signes et états morbides mal définis	37	87,18%	53	12,82%	90	100,00%
		0,31%		0,24%		0,26%
17 Lésions traumatiques et empoisonnements, YC causes extérieures	507	41,31%	1443	58,89%	1 950	100,00%
		4,25%		6,47%		5,72%
18 Autres motifs de recours aux services de santé	1 275	26,00%	1189	74,00%	2 464	100,00%
		10,68%		5,33%		7,23%
25 Maladies de l'oeil et ses annexes	3	51,75%	152	48,25%	155	100,00%
		0,03%		0,68%		0,46%
26 Maladies des oreilles, nez et larynx		1,94%	11	98,06%	11	100,00%
				0,05%		0,03%
<b>Total des Pathologies</b>	<b>11 774</b>	<b>98,59%</b>	<b>22289</b>	<b>100,00%</b>	<b>34 063</b>	<b>100,00%</b>
		<b>34,57%</b>		<b>65,43%</b>		<b>100,00%</b>

### II.3.2. Les maladies les plus fréquentes (Cf. Annexe 9 et 15)

a) *Les cancers : 53,2 % des motifs de prise en charge en H.A.D.*

Il y a une nette progression des prises en charge pour cancer, et ils concernent plus souvent des phases terminales. Le tableau en Annexe 15 donne une estimation de la distribution de ces cancers selon la tumeur primitive. Ces motifs suscitent souvent des réadmissions au cours de l'année. Le secteur privé admet 69,2 % des patients qui en souffrent.

b) *Le SIDA : 6,9 %*

Le SIDA a trouvé en l'H.A.D. un mode de prise en charge adéquat tel que le reflète le pourcentage élevé de ce motif, et quelques structures ont spécialisé certaines de leurs places pour cette pathologie. C'est le secteur public qui en admet la majorité (62,2 %).

L'ensemble des cancers en phase terminale et des SIDA représente un fort pourcentage de pathologies pour lesquelles les soins sont lourds et la charge affective est très pesante, non seulement pour la famille, mais également pour le personnel soignant : il s'agit souvent de "fins de vie".

c) *Les maladies du système nerveux : 6,2 %*

Elles restent un motif fréquent de prise en charge, avec en particulier les hémipariés et les autres syndromes paralytiques, les Parkinson et les scléroses en plaques.

C'est également parmi elles qu'est classée la maladie d'Alzheimer (88 cas) dans la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) selon l'étiologie. Il est vrai que le tableau est dominé par la démence sénile, mais les patients étiquetés "maladie d'Alzheimer" sont souvent des personnes âgées avec une polyopathie.

d) *Les maladies de l'appareil circulatoire : 5,9 %*

Ces maladies sont variées et comprennent notamment l'athérosclérose et l'artérite des artères périphériques (1,3 %), les accidents vasculaires cérébraux (1,6 %).

e) *Les traumatismes : 5,7 %*

On connaît la nature précise des traumatismes seulement pour une part d'entre eux.

On retrouve toujours en tête les fractures du col du fémur (1,2 %). Les autres fractures du membre inférieur sont également nombreuses (0,3 %).

f) *L'obstétrique*

L'obstétrique représente une ouverture pour l'H.A.D. avec :

- d'une part, 3 % de grossesses pathologiques (essentiellement des menaces d'accouchement prématuré) que l'on peut désormais plus facilement surveiller à domicile (classées dans le chapitre 11 de la C.I.M.) ; elles étaient déjà prises en charge en 1982, mais en proportion moindre ;
- d'autre part, les surveillances du post-partum (suites des couches normales) (6,3 %) permettant une sortie précoce de la maternité (classées dans le chapitre 18).

Seules certaines structures prennent en charge des patientes relevant de ces motifs et certaines leur ont également réservé des places.

g) *Les autres motifs de prise en charge : les polypathologies : 0,6 % (196 cas)*

Lorsqu'il est difficile de désigner un motif principal de prise en charge en H.A.D., il est possible de déclarer le motif "polypathologie". Le nombre de cas déclarés n'est pas négligeable. Les patients concernés souffrent en fait de plusieurs pathologies suscitant des soins importants délivrés par le personnel d'H.A.D.

h) *Le cas particulier des maladies mentales : 0,01 %*

Elles sont rares et sont toujours des démences séniles organiques, et pourraient être codées en maladies du système nerveux selon leur étiologie. On pourrait aussi y ajouter les maladies d'Alzheimer.

L'arrêté du 14 mars 1986 ne reconnaît pas l'H.A.D. en psychiatrie. Cependant, dans le cadre de la sectorisation en psychiatrie, il existe des expériences d'H.A.D., mais elle ne font pas partie du champ de cette enquête.

### II.3.3. Une tendance générale à la spécialisation des motifs de prise en charge

On observe donc depuis 1982<sup>1</sup>, (point de repère : enquête sur l'H.A.D., réalisée par la C.N.A.M.T.S.), une tendance générale à la spécialisation des motifs de prise en charge : alors que toutes les maladies sauf mentales peuvent donner lieu à une prise en charge en H.A.D. selon la circulaire de 1974, certains motifs pathologiques concentrent une très grande partie des prises en charge.

Ces pathologies sont, outre le cancer, le SIDA bien sûr et l'obstétrique (Cf. Graphique n° 9).

On doit y reconnaître *le rôle des progrès technologiques récents* permettant certains traitements de technique particulière à domicile, mais également la surveillance clinique et biologique des patients au travers de la télématique par exemple, qui est amenée à se développer dans l'avenir.

Parallèlement, *des incitations financières* ont permis le développement important des prises en charge de patients souffrant du SIDA.

*Le frein des conditions matérielles et socio-familiales* (Cf. chapitre 1.1) joue un rôle dans la distribution des motifs de prise en charge mais surtout au niveau des catégories de patients qui bénéficient de l'H.A.D.

*L'H.A.D. au sein du réseau de soins apparaît plus comme un moyen de prise en charge des patients à certains moments de l'évolution de leur maladie, plutôt qu'un maillon fixe d'une chaîne de prise en charge immuable. Elle peut être parfois une pure alternative par rapport à l'hospitalisation de court séjour comme dans le cas de la surveillance du post-partum. Le plus souvent, elle s'inscrit assez naturellement dans l'histoire de la maladie, compte tenu de multiples facteurs dont bien sûr, les autres moyens de prise en charge, l'expérience du service d'H.A.D. dans la pathologie en cause, sa collaboration avec d'autres services, les relations et l'acceptation du médecin traitant, et toujours les conditions matérielles et socio-familiales du patient.*

---

<sup>1</sup> C.N.A.M.T.S. - Service National du Contrôle Médical - Enquête hospitalisation à domicile - 1982

### II.3.4. L'influence des pathologies sur la durée de séjour (Cf. également chapitre III.5.)

La durée moyenne de séjour (D.M.S.) en H.A.D. est de 35 jours en 1991. Elle est de 29 jours en secteur public et de 39 jours en secteur privé. On observe de grandes variations de la D.M.S. selon les structures : ce rapport est de 1 à 17.

Outre le rôle d'autres facteurs dont l'existence ou non d'autres types de structures de prise en charge des patients, il est possible de dégager une influence certaine des pathologies prises en charge sur la D.M.S.

- Le poids des tumeurs malignes est très important sur l'ensemble des prises en charge en H.A.D. Cependant, on peut observer sur le **graphique n° 13** qu'aucune structure d'H.A.D. présente à la fois une D.M.S. et un pourcentage de tumeurs supérieur à la moyenne. Les structures ayant un pourcentage élevé de tumeurs ont toutes une D.M.S. inférieure ou égale à la D.M.S. moyenne. Parmi elles, "Santé-Service" de Puteaux se situe au niveau de la D.M.S. moyenne car son poids très important contribue fortement à cette moyenne. Il en est de même pour l'AP de Paris. Dijon n'accueille que des tumeurs malignes, avec en outre un coefficient de réadmission très élevé dans l'année (9,45 séjours successifs en moyenne par patient) : sa D.M.S. est de 7 jours. C'est la seule structure présentant un tel coefficient de réadmission car elle est la seule également à accueillir 100 % de tumeurs. Derrière elle, "Santé-Service" de Puteaux accueille 73,6 % de tumeurs, avec un coefficient général de réadmission à 2,4. Au total, les réadmissions augmentent avec le pourcentage de tumeurs et la D.M.S. tend à descendre.

A l'opposé, on remarque que les structures ayant à la fois un pourcentage moindre de tumeurs et une D.M.S. au-dessus de la moyenne voire longue, sont caractérisées par des proportions élevées de prises en charge pour des pathologies chroniques touchant des personnes âgées et requérant des soins sur des périodes longues et sans interruption : il s'agit surtout de polyopathologies, de traumatismes à type de fractures du col du fémur, de maladies cérébro-vasculaires, d'insuffisance cardiaque et de maladies du système nerveux de type hémiplégie.

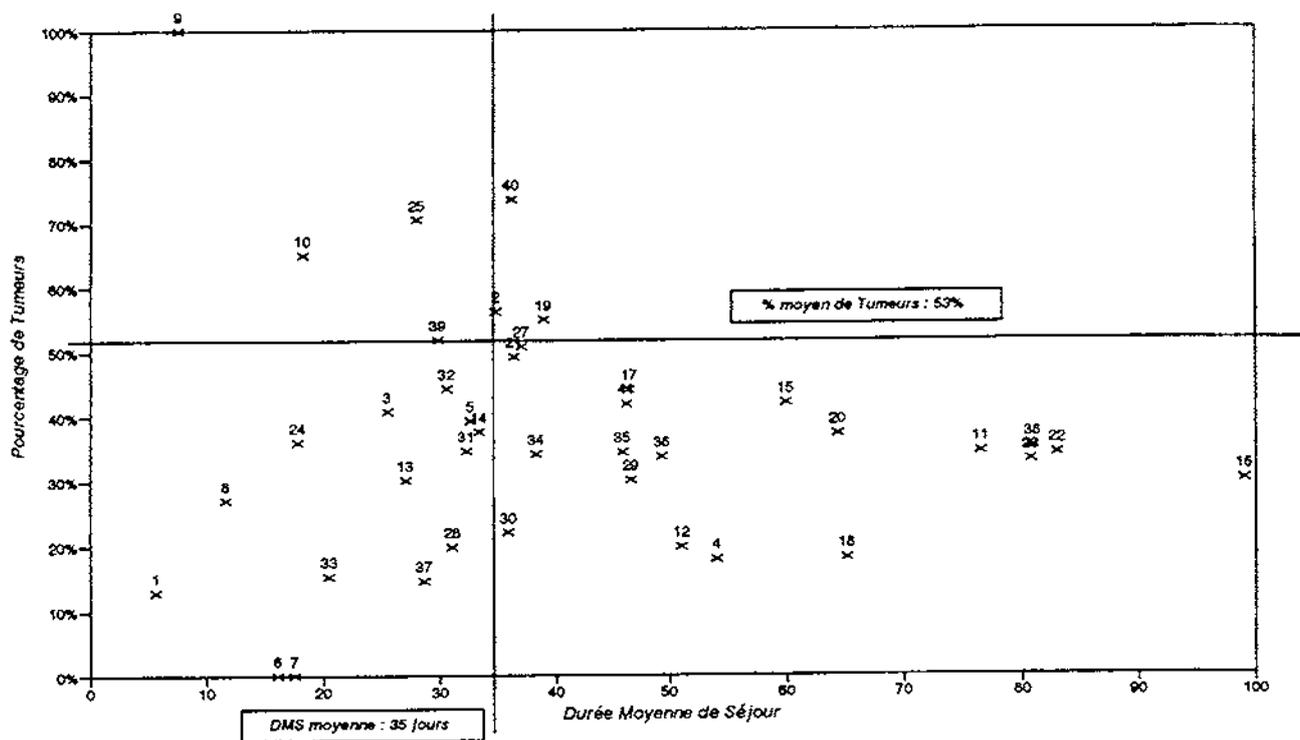
- Le **Graphique en annexe 10** donne un reflet de la répartition géographique du SIDA. A part Toulouse (40 % de SIDA), on n'observe pas dans les autres structures prenant en charge cette maladie une D.M.S. significative.
- Par contre, si l'on observe la D.M.S. des structures accueillant des complications de la grossesse (Cf. **Graphique en Annexe 11**), toutes sont inférieures à la moyenne. Courbevoie reçoit 45 % de complications de la grossesse et 55 % de surveillance post-partum, soit 100 % d'obstétrique, le second motif influant encore plus sur la D.M.S. qui est faible.

- **Le graphique en annexe 12** montre également que toutes les structures prenant en charge des post-partum ont une D.M.S. nettement inférieure à la moyenne. La durée habituelle de présence en H.A.D. pour ce motif est de l'ordre de 3 à 5 jours. Cette activité très particulière se distingue de l'activité d'obstétrique concernant les complications de la grossesse par son protocole bien défini ; c'est pourquoi nous la distinguons également ici, et bien que son poids total soit faible, son influence sur la D.M.S. est nette.
- **Le graphique en annexe 13** indique que les forts pourcentages de traumatismes correspondent à des D.M.S. variables ; les protocoles de soins correspondants sont également variables selon le type et la gravité du traumatisme et l'âge du patient.
- Un dernier exemple concerne les polyopathologies : **graphique en annexe 14**. Les structures d'H.A.D. présentant un pourcentage élevé de prise en charge pour polypathologie ont la plupart une D.M.S. longue. Dans le cas de Soissons, les 22 % de polyopathologies comprennent un cas atypique de séjour très long tirant la D.M.S. vers des valeurs élevées ; de plus, cette structure n'accueille que 30 % de cancers et son activité est dirigée vers des personnes âgées atteintes de polyopathologies (11 %) mais également de maladies du système nerveux (19 %), de l'appareil circulatoire (11 %) de la peau (6 % d'escarres) et de lésions traumatiques qui sont la plupart chroniques.

Au total, le pourcentage élevé de tumeurs s'accompagne d'une D.M.S. plus faible que la moyenne et d'un coefficient de réadmission élevé malgré le poids beaucoup plus faible. Les motifs relatifs à l'obstétrique tendent nettement à baisser la D.M.S. C'est le contraire pour les polyopathologies. On n'a pas mis en évidence de rôle particulier du SIDA sur la D.M.S. (Cf. également chapitre III.5.a).

### Graphique n° 13

Répartition des structures d'H.A.D. - 1991  
selon leur D.M.S. et leur pourcentage de tumeurs



## II.4. LE FINANCEMENT DE L'H.A.D.

Le financement de l'H.A.D. varie selon les structures :

- en fonction du mode de financement,
- en fonction des prestations incluses dans le prix de journée.

### II.4.1. Diversité des modes de financement

Les structures d'H.A.D. sont financées soit par prix de journée, soit par dotation globale.

Le système de dotation globale est appliqué dans 20 structures regroupant les 15 établissements de statut public mais également 5 autres structures gérées par une association (Bainville, Dijon, Dax, Talence et Caluire).

Les 19 autres structures sont financées par prix de journée; le montant du prix de journée a été fixé pour 6 établissements par le préfet du département et pour les 13 autres structures par la C.R.A.M.

### II.4.2. Diversité de la structure du prix de journée

Les prix de journée varient d'une structure à l'autre. Ils s'élèvent en moyenne en 1991 à 550 Francs variant entre 298 Francs à Angoulême à 1 004 Francs à Albi.

Ce prix moyen apparaît plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé (706 Francs contre 452).

Sur 39 structures, 13 ont un prix de journée compris entre 400 et 500 Francs. Quatre structures ont un prix de journée supérieur à 900 francs.

298 à 399 francs.....	7 structures
400 à 499 francs.....	13 structures
500 à 599 francs.....	7 structures
600 à 699 francs.....	4 structures
700 à 799 francs.....	2 structures
800 à 899 francs.....	2 structures
900 francs et plus.....	4 structures

Certains services d'H.A.D. ont un prix de journée qui englobent la totalité des prestations offertes aux malades pris en charge en H.A.D. D'autres excluent une grande partie des prestations qui interviennent pendant l'H.A.D.

Le tableau n° 6 récapitule, pour chaque type de prestation, la situation des différentes structures d'H.A.D.

Tableau n° 6

**Nombre de structures d'H.A.D. où la prestation citée  
est incluse dans le prix de journée**

L'exécution par les auxiliaires médicaux des soins prescrits.....	39
La continuité des soins : réponse aux appels d'urgence la nuit, dimanche et jours fériés.....	37
Les transports sanitaires.....	38
L'intervention d'une aide ménagère.....	29
L'intervention d'une assistante sociale.....	29
Les honoraires du médecin de ville.....	12
Les honoraires du médecin hospitalier.....	16
Les honoraires des autres libéraux intervenants.....	33
La fourniture du petit matériel médical.....	39
La fourniture du mobilier nécessaire à l'exécution du traitement.....	38
Les frais de laboratoire.....	20
Les examens d'imagerie médicale.....	19
Les séances de radiothérapie.....	13
Les médicaments.....	20
Les actes de chirurgie.....	11
Les transfusions sanguines.....	17
L'alimentation diététique.....	18
Séance d'hôpital de jour au sein du séjour en H.A.D.....	7
Frais généraux de services.....	39

L'exécution par les auxiliaires médicaux des soins prescrits, la fourniture du petit matériel médical et les frais généraux de services sont les trois types de prestations comprises dans le prix de journée pour l'ensemble des structures d'H.A.D. opérationnelles en 1991.

Certaines prestations sont très souvent exclues du prix de journée : les séances d'hôpital de jour au sein du séjour en H.A.D. sont exclues du prix de journée de 32 structures, les actes de chirurgie de 28 structures, les honoraires de médecin de ville de 27 établissements.

Le nombre et le type de prestations offertes aux malades pris en charge en H.A.D. sont-elles les variables déterminantes du montant du prix de journée ?

Si le prix est en moyenne plus élevé dans le secteur public que dans le privé, les prestations incluses dans le forfait du secteur public sont plus nombreuses que dans le secteur privé : on observe en moyenne 15 prestations incluses dans le prix de journée des structures d'H.A.D. du secteur public contre 10 dans le secteur privé.

A prestations identiques, les prix de journée des trois structures d'H.A.D. de Grenoble, Limoges (C.H.R.) et Talence, varient peu, de 534 Francs à 592 Francs.

Cependant, s'il est très difficile de faire des comparaisons économiques vue la diversité du contenu des prix de journée, le nombre et le type de prestations ne semblent pas être des variables déterminantes dans la fixation des prix de journée.

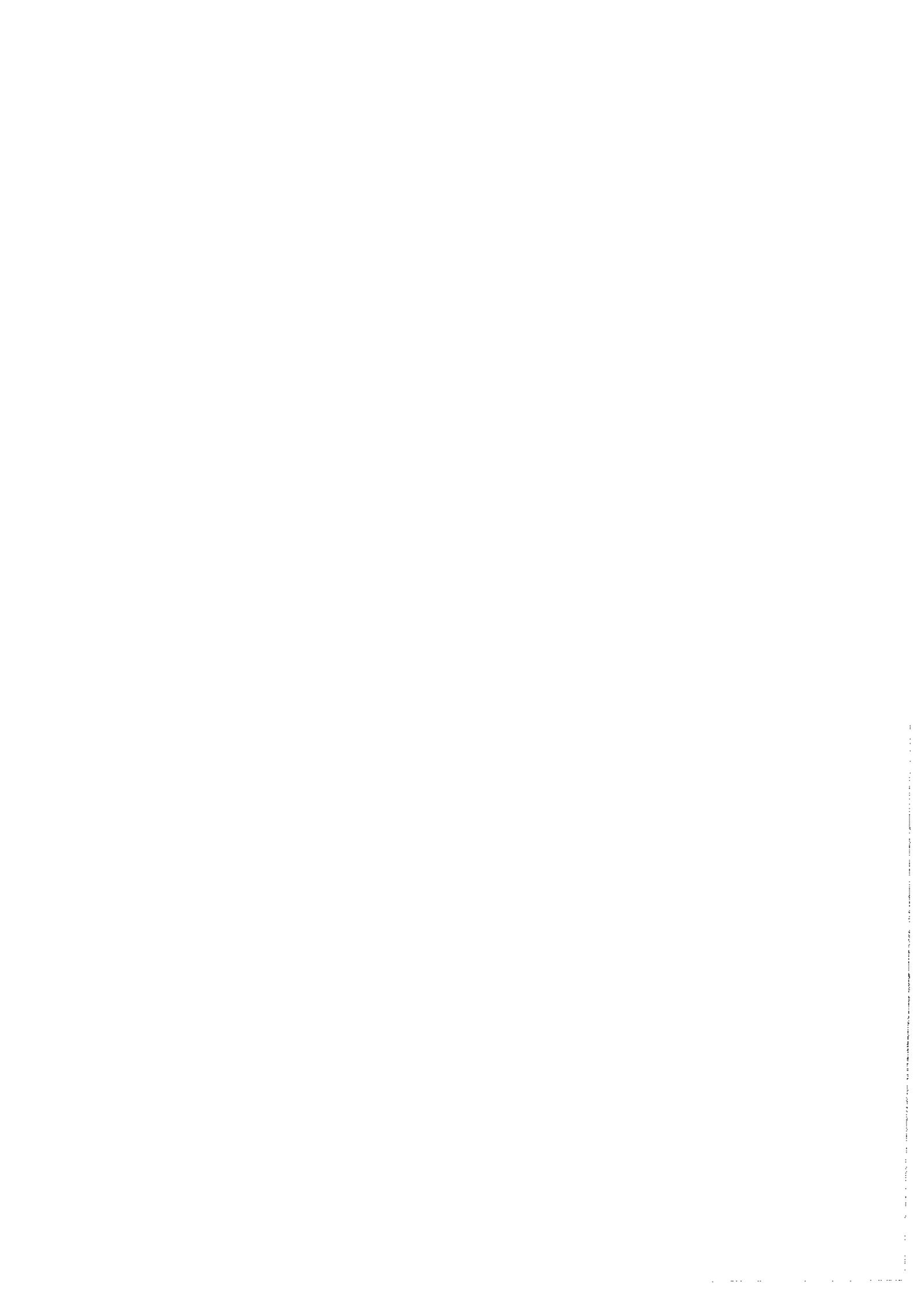
En effet, le montant du prix de journée du service d'H.A.D. de Limoges (C.H.R.) est de 579 Francs excluant uniquement les honoraires du médecin de ville, alors que la structure de Montfermeil propose un forfait de 880 Francs qui exclut à la fois les honoraires de médecins de ville et ceux des médecins hospitaliers.

On peut citer d'autres exemples tels que le service d'Albi qui propose un forfait de 1 004 Francs excluant du prix de journée les honoraires du médecin hospitalier, les séances de radiothérapie, les actes de chirurgie et les séances d'hôpital de jour. En revanche, le service d'H.A.D. de Bagnolet inclut l'ensemble des prestations citées dans le tableau n° 1 pour un prix de journée de l'ordre de 611 Francs.

En dehors du prix de journée, d'autres services sont proposés à titre payant par certaines structures d'H.A.D. tels que les prestations de coiffeur (Bayeux, Marseille et Reims), de garde-malade (Soissons et Marseille), de soins esthétiques (Bayeux), de location de draps (Marseille), de télé-alarme (Nice) et d'aide ménagère supplémentaire (Soissons).

Le tarif de prestation dans les structures d'H.A.D. du secteur public ou privé, participant au service public hospitalier (P.S.P.H.), est un prix de journée réglementaire calculé à l'intérieur de la dotation globale de l'établissement.

Seul, le secteur privé non P.S.P.H. négocie son prix de journée avec la CRAM dont il dépend, selon une convention uniquement régionale et aux vues des comptes administratifs de chaque structure d'H.A.D.

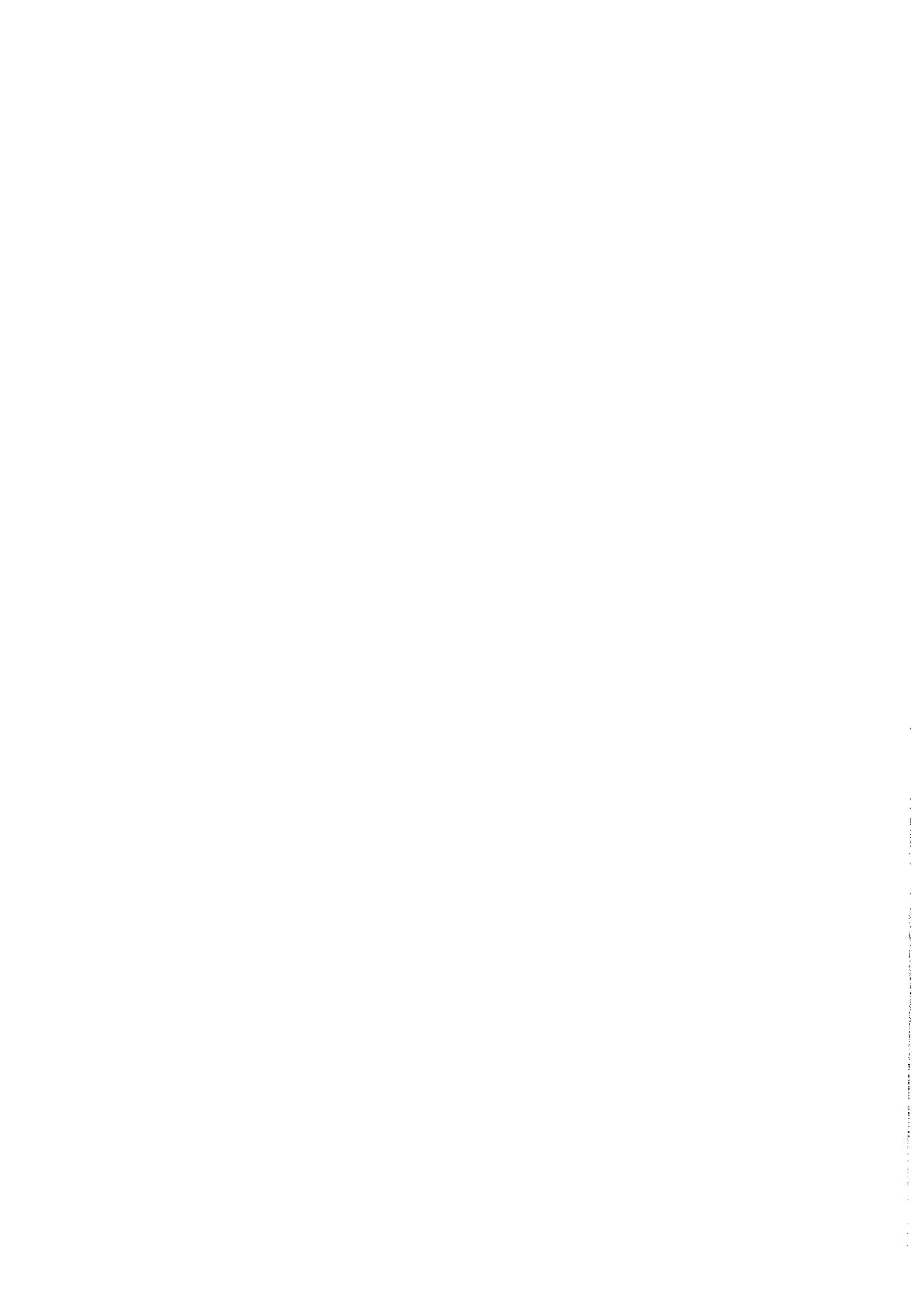


**CHAPITRE III**

**L'ACTIVITE HOSPITALIERE**

**EN H.A.D. :**

**UN SECTEUR PRIVE DOMINANT**



**CHAPITRE III - L'ACTIVITE HOSPITALIERE EN H.A.D. :  
UN SECTEUR PRIVE DOMINANT**

Avec une capacité d'accueil d'environ 3 900 places, correspondant à 0,8 % de la capacité d'accueil des lits en hospitalisation complète, l'H.A.D. occupe une place marginale dans le système de soins.

Si l'on compare les principaux indicateurs mesurant l'activité en H.A.D. à celle de l'hospitalisation complète (non compris la psychiatrie), le poids de l'H.A.D. paraît infime à la fois en terme de lits ou de places, de journées et d'admissions (Cf. tableau n° 7).

**Tableau n° 7**  
**Quelques résultats comparant l'activité en hospitalisation complète**  
**(non compris la psychiatrie) à celle de l'H.A.D.**

	Lits ou places			Journées			Admissions		
	H.C.*	H.A.D.	H.A.D./ H.C.*	H.C.*	H.A.D.	H.A.D./ H.C.*	H.C.*	H.A.D.	H.A.D./ H.C.*
Secteur public	303 352	1 412	0,5%	86 072 000	375 367	0,4%	7 374 000	13 080	0,2%
Secteur privé	181 195	2 489	1,4%	57 224 000	869 381	1,5%	5 506 000	22 526	0,4%
Ensemble secteurs	484 547	3 931	0,8%	143 296 000	1 244 748	0,9%	12 880 000	35 606	0,3%

H.C. : Hospitalisation complète

Malgré sa place modeste dans le système de soins, l'H.A.D. coexiste depuis plus de 30 ans avec notre système hospitalier traditionnel. Cette alternative à l'hospitalisation a-t-elle suivi les grandes tendances qui caractérisent l'activité de notre système hospitalier classique ?

L'H.A.D. se caractérise par un secteur privé dominant à la fois en nombre de structures (24 sont de statut privé) et en nombre de places (le secteur privé représentant 63 % de la capacité totale d'accueil en H.A.D.). Quelle est la place du secteur privé dans l'analyse des principaux indicateurs d'activité ?

Les résultats publiés dans cette partie concernent 39 structures d'H.A.D., la 40<sup>ème</sup> ayant été recensée tardivement.



### III.1. UNE FREQUENTATION HOSPITALIERE A DOMICILE CROISSANTE

La fréquentation en hospitalisation à domicile n'a fait que croître depuis 1983. Le taux de fréquentation d'une structure d'H.A.D. (nombre d'admissions pour 10 000 habitants) qui était de 3,14 en 1980 dépasse en 1991 6,2. La période 1981 à 1983 est marquée par une baisse du taux de fréquentation : près de 4 hospitalisations pour 10 000 habitants étaient réalisées en 1982 et 3 sur 10 000 en 1983.

Le nombre d'admissions ne cesse de croître notamment dans les structures d'H.A.D. privées qui semblent de plus en plus attractives (Cf. graphique n° 14). En 1991, on compte 35 606 admissions soit 22 526 dans le secteur privé et 13 080 dans le secteur public. Sur 100 admissions, 63 se font dans le secteur privé et 37 dans le secteur public. En 11 ans, le taux de fréquentation a été multiplié par plus de 2 dans le secteur privé alors qu'il a augmenté de 1,9 dans le secteur public sur la même période.

La fréquentation hospitalière dépend aussi de l'implantation des structures d'H.A.D. Paris et sa région dominent avec un taux de fréquentation de 23,19 pour 10 000 personnes habitant la région d'Ile de France, suivis de l'Aquitaine (6,06) et du Limousin (5,84) (Cf. graphique n° 15).

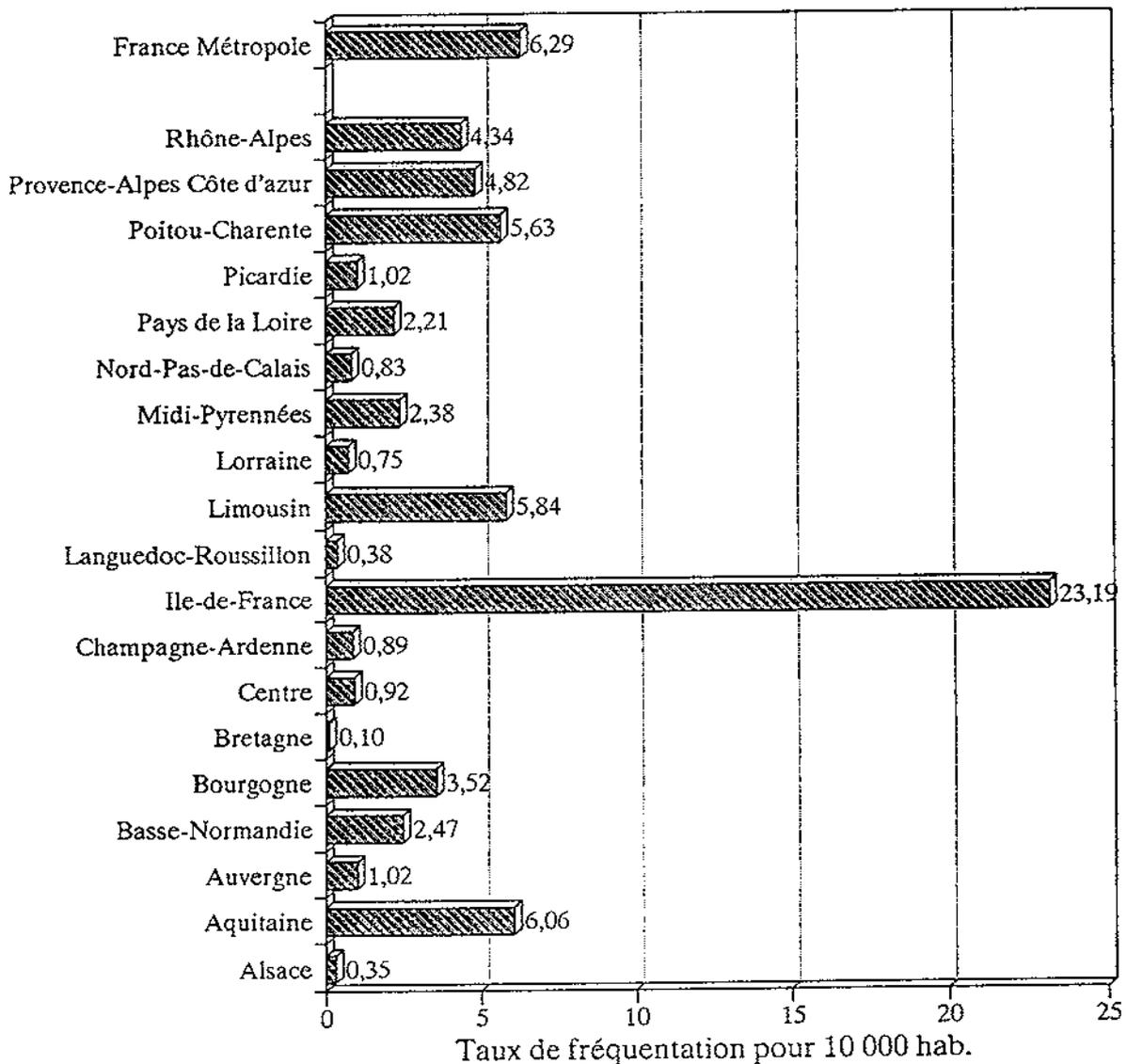
Graphique n° 14

Evolution du taux de fréquentation des structures d'H.A.D.  
dans chaque secteur public et privé



### Graphique n° 15

#### La fréquentation hospitalière à domicile selon les régions en 1991



Un patient est en moyenne admis environ 2 fois en H.A.D. au cours d'une année. Le nombre de réadmissions dans le secteur privé est plus important que dans le secteur public : un malade est hospitalisé à domicile une seule fois dans le secteur public au cours de l'année 1991 contre 2 fois dans le secteur privé.

Le nombre moyen de réadmissions varie selon les structures d'H.A.D. : il se situe entre 1 et 2,4 dans la plupart des structures ; il atteint 9 dans un cas (Dijon). Ces écarts peuvent s'expliquer par le type de pathologie et la composition du prix de journée. Par exemple, une séance d'hospitalisation de jour entraîne, lorsque celle-ci est exclue du prix de journée, une sortie administrative suivie d'une réadmission.

### III.2. DES DEMANDES D'ADMISSIONS NON SATISFAITES

Parallèlement à la fréquentation en hospitalisation à domicile croissante, on enregistre un nombre important de non-admissions. En 1991, les refus représentent 15,4 % des demandes d'admissions. Sur 100 refus, 61 refus sont enregistrés dans les structures d'H.A.D. de statut public contre 39 dans le secteur privé.

Tableau n° 8

#### Motifs des non-admissions en H.A.D. en 1991

Motif	Ensemble des refus (en %)
Insuffisance de soins	29,1
Décès avant H.A.D.	27,0
Refus de la famille	11,3
Désistement avant H.A.D. (refus du malade)	6,7
Entourage insuffisant du malade	6,1
Excès de soins	6,0
Refus du médecin hospitalier	3,9
Hors secteur géographique	3,0
Refus du médecin traitant	1,6
Surcharge du service	1,4
Refus de l'assistante sociale (problèmes sociaux)	1,2
Refus du médecin conseil	0,3
Refus des infirmières	0,2
Refus des autres professions libérales	0,1
Décision H.A.D. (sans indication)	1,8
<b>Ensemble des motifs</b>	<b>100 %</b>

Trois motifs de refus prédominant (Cf. tableau n° 8) :

- Le traitement insuffisant pour justifier une H.A.D. qui motive 29,1 % des refus d'admissions,
- Les décès avant H.A.D. qui expliquent 27,3 % des non-admissions,
- le refus de la famille qui explique 11,3 % des non-admissions.

L'importance des conditions sociales du malade (entourage insuffisant du malade, problèmes sociaux, problèmes de logement, absence de couverture sociale) ont justifié 7,3 % des refus d'admissions en H.A.D.

Les refus motivés soit par la surcharge du service H.A.D., soit par un secteur géographique non desservi par la structure traduisent une offre encore insuffisante en H.A.D.

Cette demande non satisfaite se reflète également à travers l'existence de listes d'attente de patients souhaitant être pris en charge en H.A.D. : 38 % des structures reconnaissent avoir une liste d'attente au jour de l'enquête regroupant entre 3 et 30 inscrits. La durée moyenne d'attente est portée à 2,4 jours en 1991 avec une durée d'attente maximale de 15 jours.

Il faut noter l'importance des refus opposés par la famille (11,3 %). Cependant, ce motif est moins important qu'en 1982 (13,7 %)<sup>2</sup> ; la famille ou l'entourage du malade semble moins réticente à l'H.A.D. face, sans doute, à une meilleure information sur ce mode de soins.

---

<sup>2</sup> C.N.A.M.T.S., Service National du contrôle médical, *Enquête Hospitalisation A Domicile - Année 1982*

### III.3. LES JOURNEES : UNE AUGMENTATION REGULIERE DANS LE SECTEUR PRIVE

#### a) En 1991

Le nombre de journées s'élève en 1991 à 1 244 748. Les cinq services d'H.A.D. de Paris et sa région représentent 823 184 journées soit plus de 66 % de l'ensemble des journées réalisées en hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.

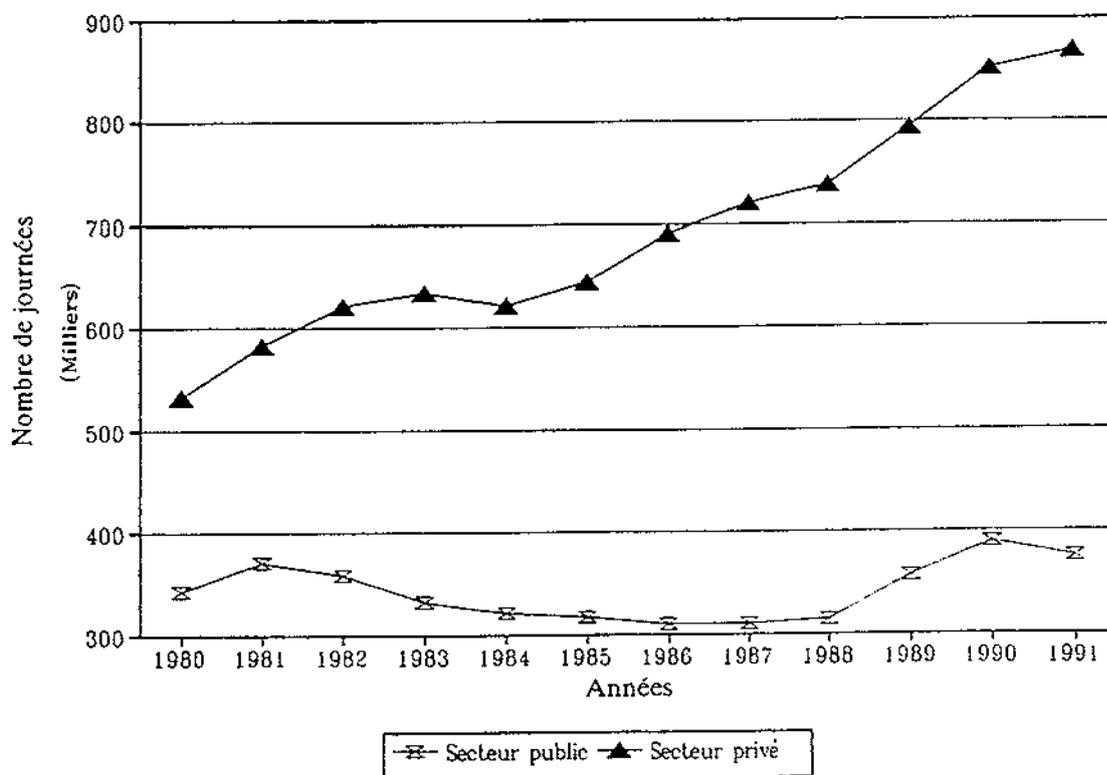
Le secteur privé a enregistré 869 381 journées, soit environ 70 % de l'ensemble des journées effectuées en France.

#### b) Evolution du nombre de journées de 1980 à 1991

Toutes structures confondues, le nombre de journées augmente régulièrement après 1983, suite à une période de baisse intervenant entre 1982 et 1984.

Graphique n° 16

Evolution du nombre de journées en H.A.D. dans chaque secteur public et privé



Parallèlement à l'évolution constante du nombre de journées dans le secteur privé après l'année 1984, le secteur public connaît sur la période 1981 à 1986 une nette régression du nombre de journées, notamment entre 1981-82 et 1982-83 dont les taux de diminution varie entre - 4 % et - 7 % (Cf. graphique n° 16).

La période 1982 à 1984 apparaît comme une phase de baisse d'activité des structures d'H.A.D. qui s'observe à la fois dans chaque secteur public et privé. Cette régression de l'activité est aussi apparente lorsque l'analyse concerne uniquement les structures d'H.A.D. opérationnelles depuis 1980.

### III.4. LE TAUX D'ACTIVITE : UNE REGRESSION DANS LES ANNEES 1980 QUI CONCERNE SURTOUT LE SECTEUR PUBLIC

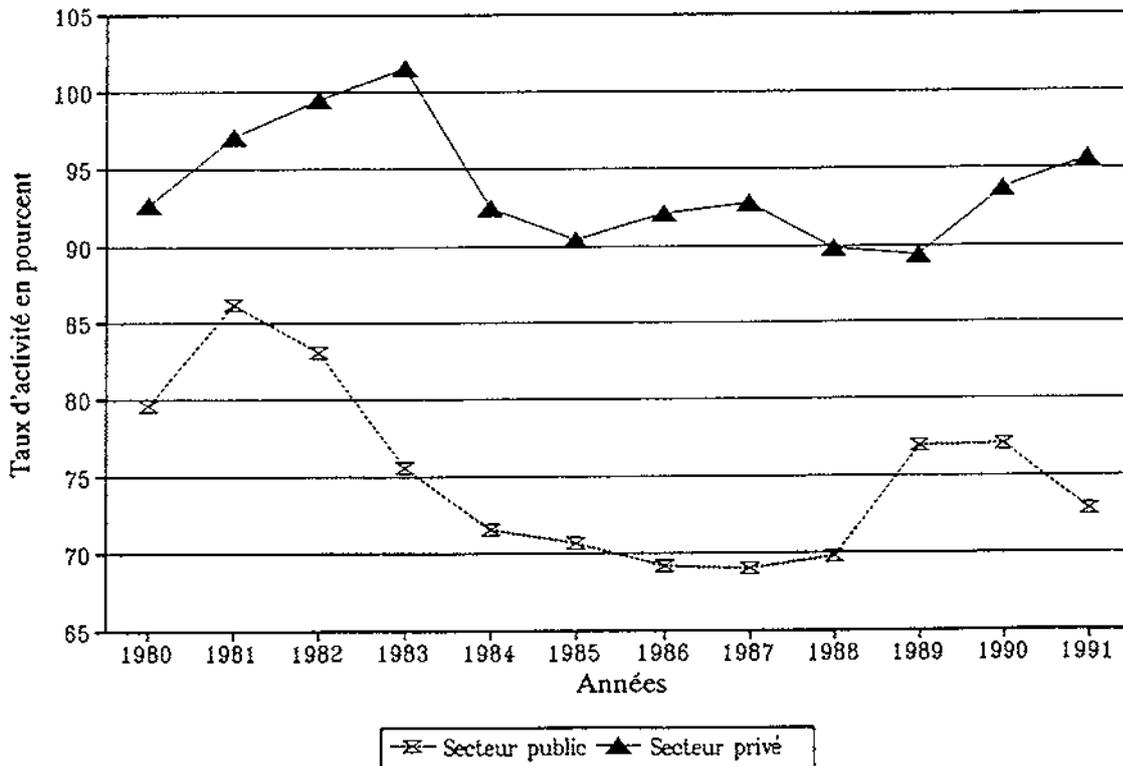
Dénoté couramment coefficient d'occupation des lits en hospitalisation classique, le **taux d'activité** est défini comme le rapport entre le nombre de journées réalisées sur le nombre de journées réalisables.

- Nombre de journées réalisées = Nombre de journées d'hospitalisation réalisées
- Nombre de journées réalisables = Nombre de places autorisées x 365 jours

Toutes structures confondues, le taux d'activité s'élève en 1991 à 87,2 %. Le secteur public ne fonctionne qu'à 72,83 % de ses potentialités, le secteur privé à 95,70 %.

L'évolution des taux d'activité dans chaque secteur public et privé est marquée par une baisse apparente dès 1981 dans le secteur public et à partir de 1983 dans le secteur privé (Cf. graphique n° 17). Cette régression des potentialités des structures d'H.A.D. touche surtout le secteur public dont les taux d'activité diminuent jusqu'en 1988. Un nette reprise apparaît dans les deux secteurs à partir des années 1988 et 1989.

Graphique n° 17  
Evolution des taux d'activité en hospitalisation à domicile  
dans chaque secteur public et privé



### III.5. LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR : UNE DIMINUTION PLUS SENSIBLE DANS LE SECTEUR PUBLIC

#### a) En 1991

Toutes structures confondues, la durée moyenne de séjour (D.M.S.) en H.A.D. est de 35 jours en 1991.

Dans le secteur public, elle s'élève à 29 jours. Elle varie de 6 jours dans le centre hospitalier d'Albi, structure d'H.A.D. accueillant 73 % de femmes pour surveillance du post-partum (Suites de couches normales) à 60 jours dans le centre hospitalier de Mulhouse (22,8 % de maladies cardio-vasculaires dont 19,3 % sont cérébro-vasculaires).

Dans le secteur privé, La D.M.S. s'élève à 39 jours, variant de 7 jours dans le centre Georges-François Leclerc à Dijon à 99 jours à Soissons. Les patients restent en moyenne 10 jours de plus que dans le secteur public.

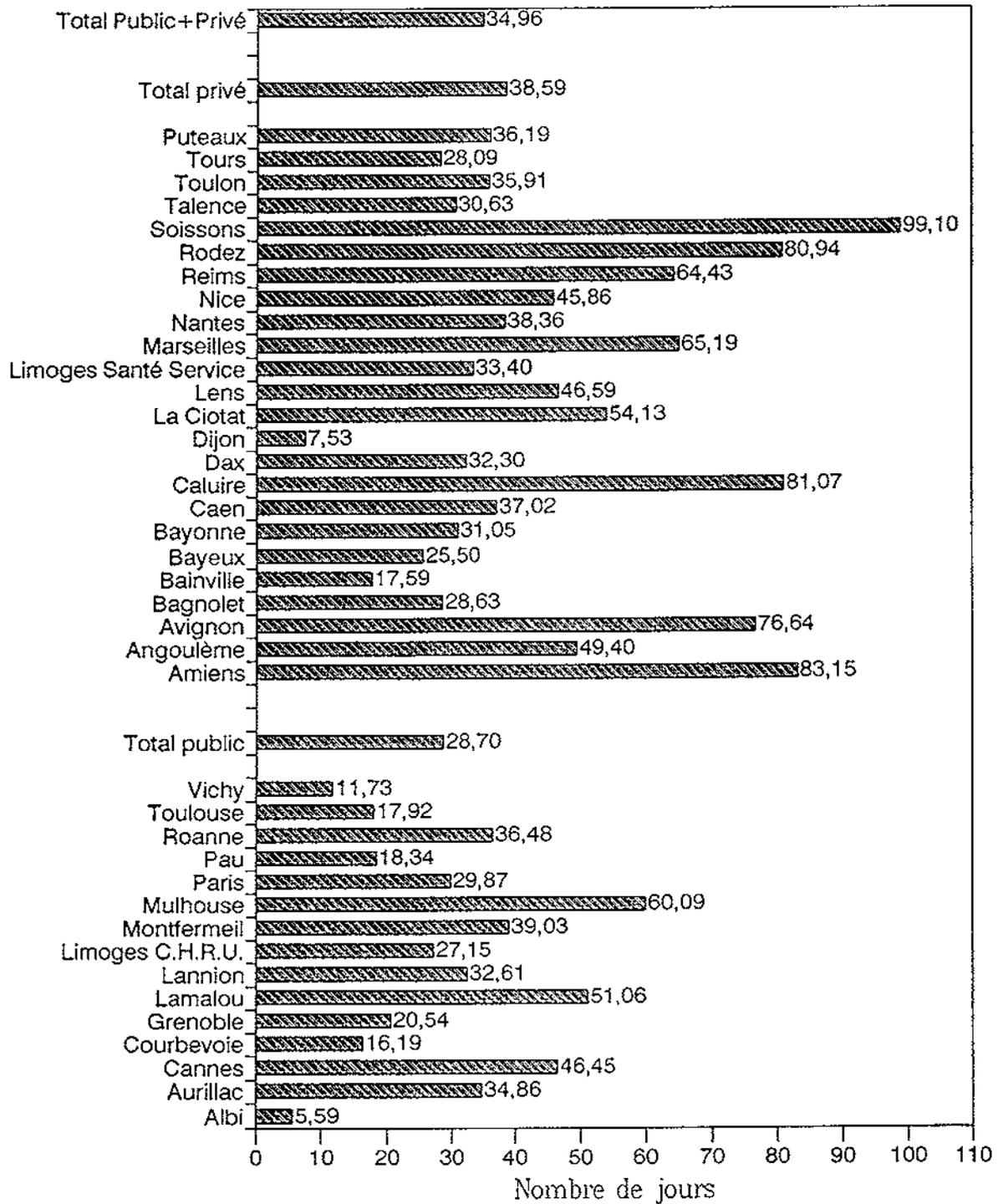
- Dijon ne prend en charge que des malades cancéreux qui ont en moyenne été admis près de 10 fois successives au cours d'une année, chaque séjour durant en moyenne une semaine. C'est la seule structure qui présente ce comportement (coefficient de réadmission très élevé : 9,45 et accueillant uniquement des tumeurs). C'est "Santé-Service" de Puteaux qui suit avec un coefficient de réadmission à 2,4, et un pourcentage de tumeurs de 73,6 %).
- A l'opposé, la structure d'H.A.D. de Soissons n'accueille que 30 % de cancers. Il n'y a pas de réadmission et son activité est particulièrement dirigée vers des personnes âgées atteintes de polyopathologies chroniques (22 %) et des patients atteints de maladies du système nerveux (19 %), de l'appareil circulatoire (11 %), de la peau (6 % d'escarres), et de lésions traumatiques. L'examen plus fin des pathologies révèle qu'elles sont toutes chroniques. De plus, un seul cas de patient sur 70 admissions, présent depuis trois ans, tire à lui seul la D.M.S. vers 100 jours.

Entre ces deux extrêmes, on rencontre toutes sortes de cas.

La diversité de ces durées moyennes de séjour, variant selon un rapport de 1 à 17, peut s'expliquer par le type de pathologies essentiellement (Cf. chapitre II.3), mais également par l'existence ou non d'autres alternatives locales de prise en charge des patients aboutissant à des admissions pour des séjours plus ou moins courts en H.A.D., avec plus ou moins de réadmissions successives au cours de l'année.

### Graphique n° 18

Les durées moyennes de séjour  
dans chaque structure d'H.A.D. en 1991



Il peut naturellement y avoir une influence des possibilités de fonctionnement de l'équipe d'H.A.D., en collaboration avec d'autres structures de prise en charge. L'exemple de la structure de Dax, qui fonctionne en menant trois activités parallèlement le montre : en effet, Dax a converti des places d'H.A.D. en places de "long séjour en H.A.D." et peut y accueillir des patients chroniques de la même façon que Soissons. Elle réserve les places d'H.A.D. classiques à des pathologies telle la cataracte (suites d'intervention) qui requièrent des séjours plus courts.

On ne peut donc analyser la D.M.S. sans regarder, d'une part les types de pathologies prises en charge, et plus précisément la phase de la maladie, le coefficient de réadmission des patients, et d'autre part, l'articulation avec d'autres alternatives possibles à chaque phase de la maladie.

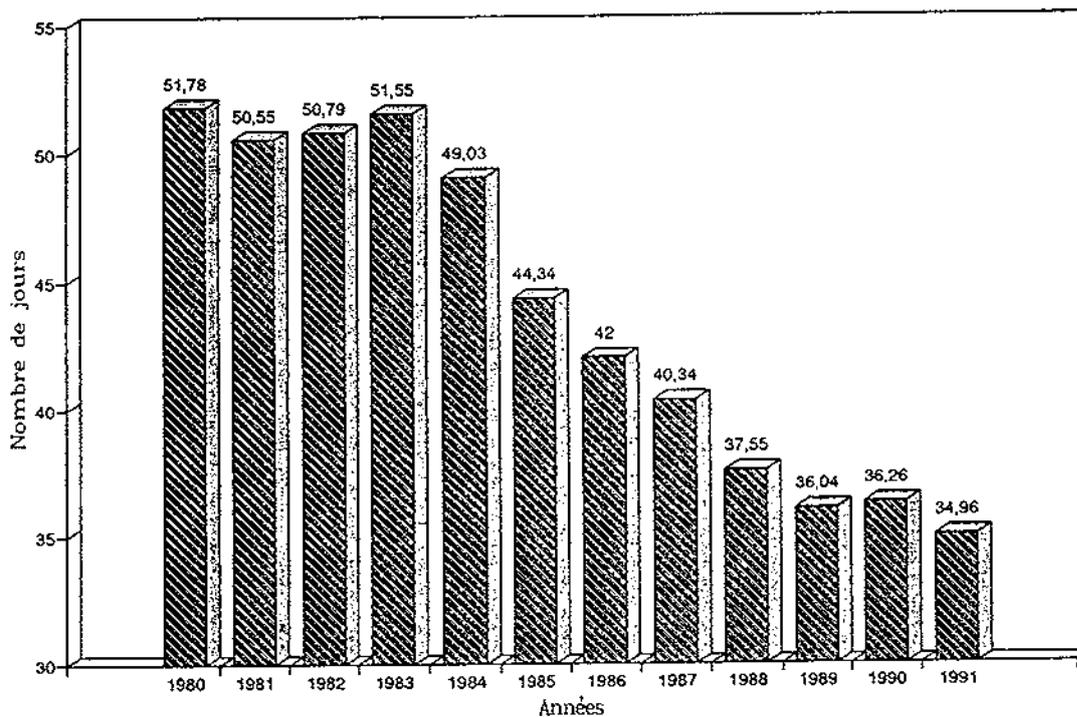
### b) Evolution de la D.M.S. de 1980 à 1991

#### • Pour l'ensemble des structures d'H.A.D.

Sur la période 1980 à 1991, la durée moyenne de séjour a fortement diminué passant de 52 jours en 1980 à 35 jours en 1991 (Cf. graphique n° 19)

Graphique n° 19

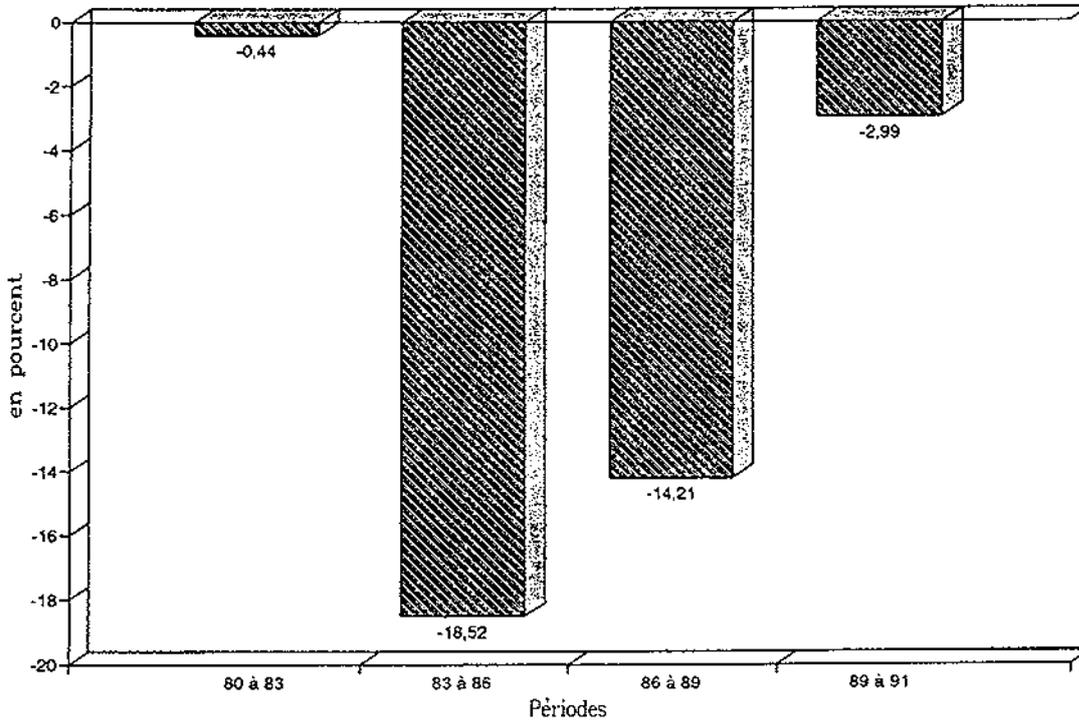
Evolution de la D.M.S. de 1980 à 1991



Cette baisse se constate surtout entre 1983 et 1986, période qui enregistre un taux de diminution de 18,52 % contre 0,44 % entre 1980 et 1983 et 14,21 % entre 1986 et 1989 (Cf. Graphique n° 20).

Graphique n° 20

Evolution de la D.M.S. par période de 3 ans



On enregistre durant ces trois dernières années (1989 à 1991) une baisse beaucoup moins sensible de la durée moyenne de séjour de l'ordre de - 3 %. En effet, on observe pour les nouvelles structures d'H.A.D., créées après 1984 et n'ayant pas encore dix années de fonctionnement, des durées moyennes de séjour qui auraient tendance à augmenter entre leur première année de création et 1991 à l'exception de Lamalou, Toulouse et Tours.

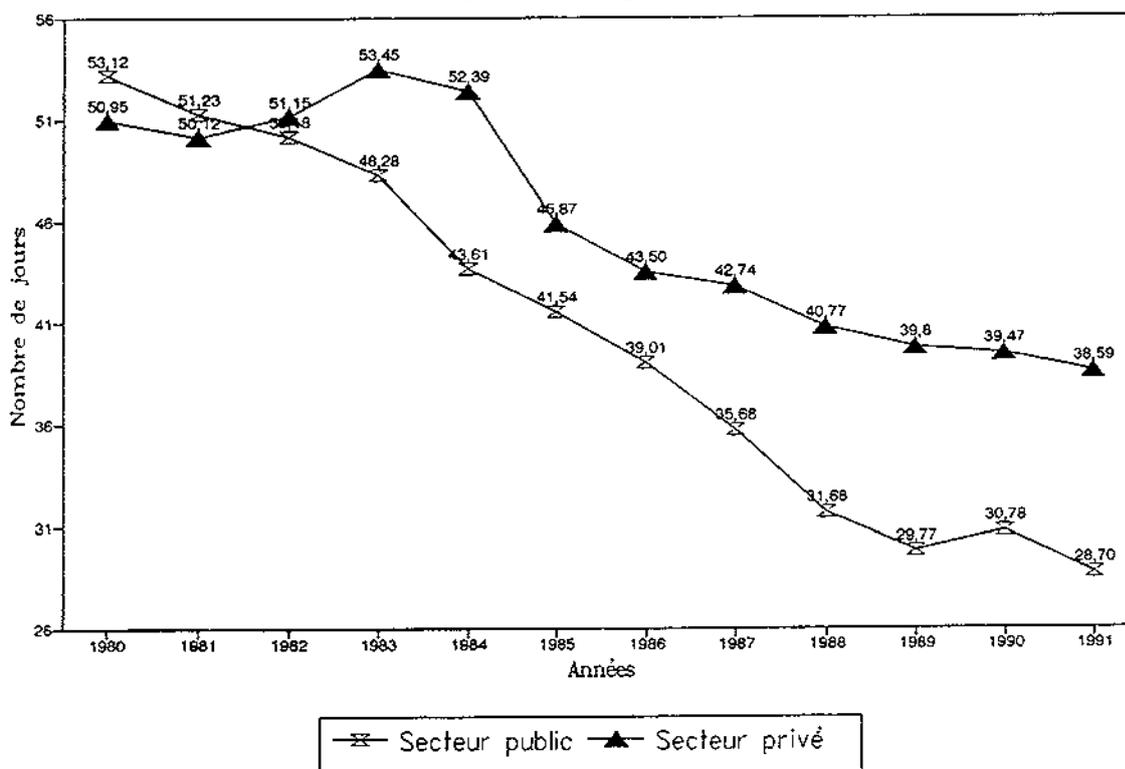
Au contraire, les 25 structures d'H.A.D. déjà opérationnelles en 1980 et 1981, enregistrent une diminution de leur durée moyenne de séjour entre 1980 et 1991, à l'exception de Rodez, et Soissons dont la D.M.S. a augmenté respectivement de 107 % et 60 % durant cette période.

• Selon le statut public/privé des structures d'H.A.D.

L'évolution de la D.M.S. varie selon le statut des structures d'H.A.D. (Cf. graphique n° 21). Depuis 1983, on observe une D.M.S. supérieure dans le secteur privé. Entre 1980 et 1983, celle-ci était au contraire supérieure dans le secteur public.

Graphique n° 21

Evolution de la D.M.S. en hospitalisation à domicile dans chaque secteur public et privé



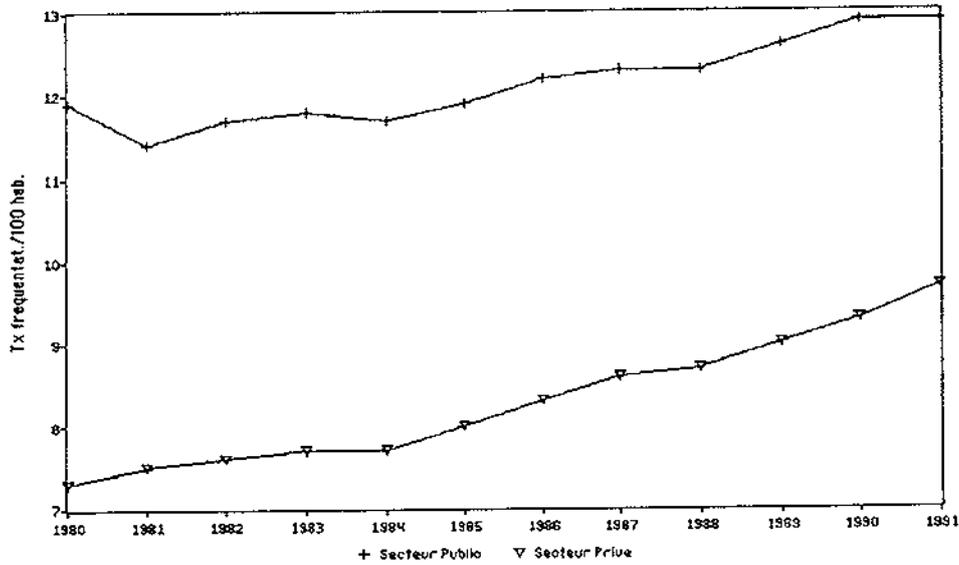
La durée moyenne de séjour dans le secteur public connaît une baisse régulière depuis 1980 passant de 53 jours à 29 jours. Le séjour d'un patient hospitalisé à domicile dans le secteur public s'est réduit en moyenne de 24 jours entre 1980 et 1991. La diminution de la durée moyenne de séjour dans le secteur privé apparaît seulement à partir de 1983. Cette baisse est beaucoup moins sensible que dans le secteur public, se traduisant par un écart de 15 jours entre 1983 et 1991. L'augmentation très rapide du nombre de journées dans le secteur privé accompagnée de la forte baisse enregistrée parallèlement dans le secteur public, explique la plus forte diminution de la D.M.S. dans le secteur public.

L'écart de la durée moyenne de séjour entre les deux secteurs public et privé a tendance à se creuser tout au long de cette dernière décennie : il était de l'ordre de 4 jours en 1985, 7 jours en 1987, 10 jours en 1989 comme en 1991.

### Graphiques nos 22, 23, 24 et 25

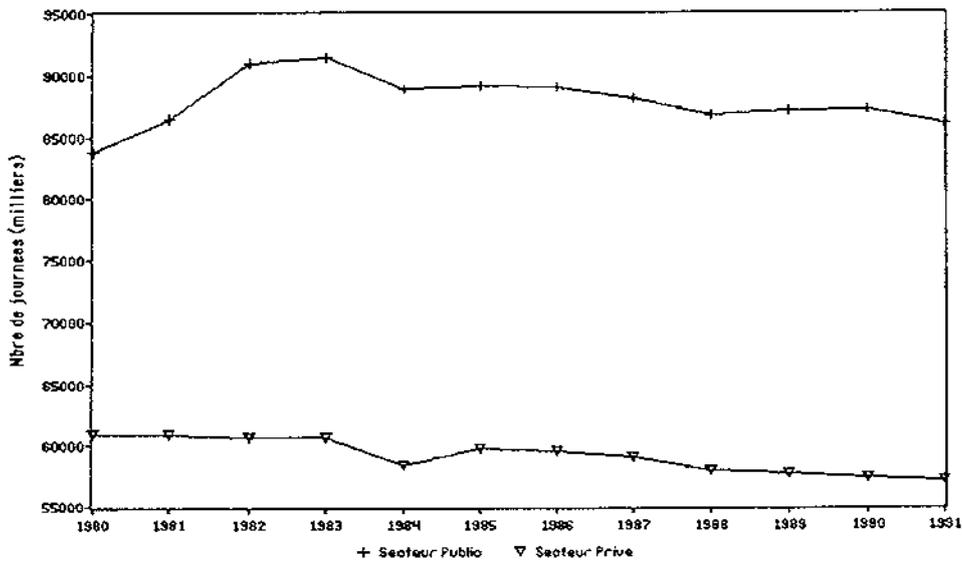
Evolution des principaux indicateurs globaux  
en hospitalisation complète de 1980 à 1991 (Source ECO-SANTE FRANCE)

#### Taux de fréquentation



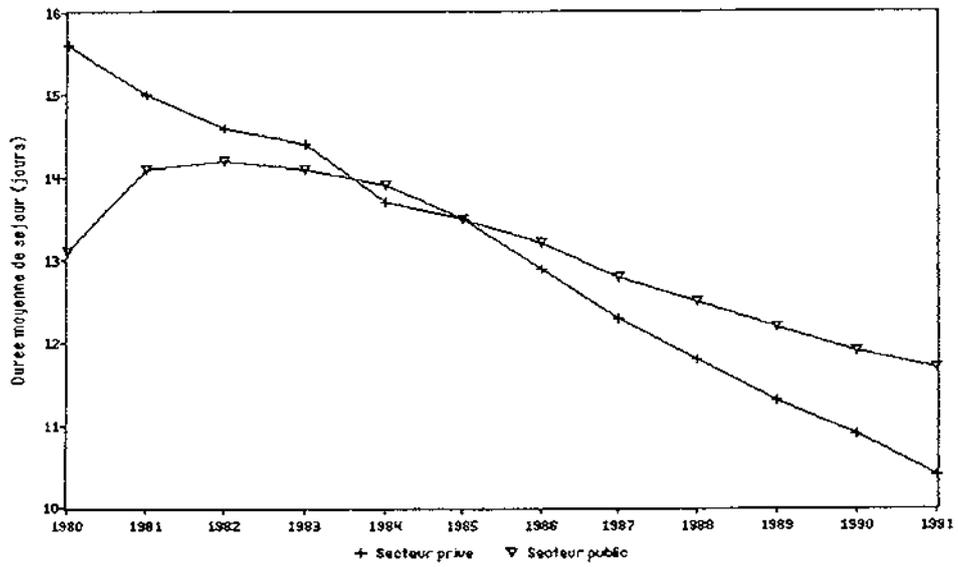
ECO SANTE FRANCE

#### Les journées



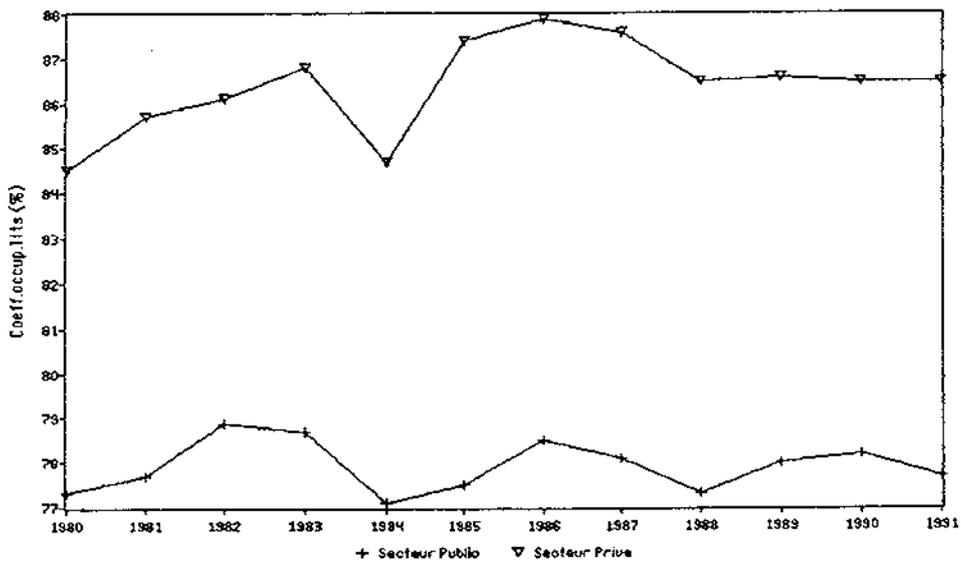
ECO SANTE FRANCE

### La durée moyenne de séjour



ECO SANTE FRANCE

### Le coefficient d'occupation des lits



ECO SANTE FRANCE

L'évolution de l'activité en hospitalisation à domicile au cours de ces dix dernières années est marquée par un secteur privé attractif et dominant à la fois en terme de places, d'admissions et de journées.

Les années 1981 à 1984 apparaissent comme une période difficile pour l'ensemble des structures d'H.A.D. publiques et privées. On observe durant cette période une diminution à la fois du nombre d'entrées, de journées, une régression du taux d'activité et parallèlement une forte baisse de la durée moyenne de séjour. Cette phase de régression qui disparaît dans le secteur privé dès 1984-1985 se prolonge dans le secteur public jusqu'en 1987-1988. Une nette reprise de ces principaux indicateurs apparaît à la fin des années 80.

Dans le secteur public, on reconnaît deux facteurs explicatifs :

- la réticence des médecins hospitaliers et des chefs de service, l'H.A.D. pouvant leur paraître synonyme de perte de pouvoir,
- l'instauration du budget global en 1983 renforçant et prolongeant cette situation.

La période difficile ressentie par le secteur privé peut s'expliquer par le développement des services d'aide à domicile en général et en particulier par l'officialisation des services de soins à domicile pour personnes âgées à travers les décrets du 8 mai 1981.

Si le poids du secteur public est prédominant dans l'analyse des principaux indicateurs globaux de l'activité hospitalière traditionnelle, l'évolution de l'activité en H.A.D. comparée à celle en hospitalisation complète reflète trois grandes tendances communes (graphiques n<sup>os</sup> 22, 23, 24 et 25) à savoir :

- une fréquentation hospitalière croissante,
- une diminution de la durée moyenne de séjour,
- un taux d'activité (ou coefficient d'occupation des lits) supérieur dans le secteur privé (en hospitalisation complète : 86,5 % dans le secteur privé contre 77,7 % dans le secteur public en 1991).

Cependant certaines différences apparaissent dans la comparaison :

- Le nombre de journées qui diminue dans les secteurs public et privé en hospitalisation complète, augmente en H.A.D. notamment dans le secteur privé.
- La durée moyenne de séjour de 35 jours en H.A.D. est beaucoup plus courte en hospitalisation complète de l'ordre de 11 jours. De plus, son évolution traduit une baisse plus importante dans le secteur public en H.A.D. On constate le phénomène inverse en hospitalisation complète.

# CONCLUSION



Le bilan de fonctionnement de l'H.A.D. en 1992 met en évidence :

- un secteur privé dominant en terme de structures, de places, et d'activité. Il suit une évolution croissante depuis le début des années 80.
- une spécialisation des motifs de prise en charge inscrivant l'H.A.D. à certains moments de l'évolution de la maladie plutôt que comme un maillon fixé d'une chaîne de prise en charge immuable. L'H.A.D. peut être parfois une pure alternative à l'hospitalisation de court séjour ou un relais au sein du réseau de soins.

Le comblement du vide juridique réalisé par les décrets d'Octobre 1992 aurait pu contribuer au développement de l'H.A.D. en France.

Mais la fermeture obligée de lits d'hospitalisation complète freinera sans aucun doute les ardeurs notamment dans le secteur privé qui restait jusqu'ici plus dynamique.

L'hospitalisation à domicile a de toute évidence sa place en tant que complément des autres moyens de prise en charge dans le réseau des soins français. Elle l'enrichit en garantissant la qualité des soins grâce aux récents progrès techniques.

Cependant, l'H.A.D. s'adresse plutôt à des patients bénéficiant de conditions sociales, matérielles et affectives favorables. Son avenir semble dépendre essentiellement de choix politiques. Des incitations financières ont permis le développement important des prises en charge en H.A.D. des patients souffrant du SIDA.



## ANNEXES



# **ANNEXE 1**



CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES  
55, Avenue Bosquet, 75700 PARIS

Tél. 705 99 50

PARIS, le 29 octobre 1974

Le Président du Conseil d'Administration  
de la Caisse Nationale de l'Assurance  
Maladie des Travailleurs Salariés

C. N. A. M. T. S. N° 207

à

Messieurs les Présidents  
des Conseils d'Administration des  
Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
(pour attribution)

Messieurs les Présidents  
des Conseils d'Administration des  
Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
(pour information)

OBJET : Assurance maladie -  
HOSPITALISATION A DOMICILE : Conditions médicales de prise en  
charge - Conventions-types - Règlement intérieur. -

PJ. 4

Monsieur le Président,

L'attention de la Caisse Nationale de l'Assurance  
Maladie des Travailleurs Salariés a été appelée sur le développement  
d'un certain nombre de formules de soins à domicile qui, en l'absence  
de toute réglementation, se créent dans des conditions très disparates.  
Sans nier l'intérêt de ces formules, il est apparu qu'elles entraînent en  
concurrence avec d'autres formes de soins et qu'il était donc souhaita-  
ble de rationaliser cette modalité de distribution des soins de façon à  
ce que les régimes d'assurance maladie ne supportent pas des charges  
inutiles à l'occasion d'initiatives plus ou moins bien conduites.

La présente circulaire a pour objet, d'une part  
d'analyser les données du problème et, d'autre part, d'exposer les  
éléments de solution concernant une des formules de soins à domicile,  
à savoir l'hospitalisation à domicile. Ces solutions se matérialisent

./..

sous forme d'un certain nombre de conventions-types déterminant, suivant les cas, les modalités médicales et administratives de remboursement des soins donnés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Pour assurer la coordination entre les établissements d'hospitalisation et les associations d'hospitalisation à domicile des conventions devront également être passées entre ces organismes.

## I - LES DONNEES DU PROBLEME DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

### 1°) La place des soins à domicile dans le système sanitaire

Il est d'usage de distinguer dans l'organisation du système sanitaire français deux grands secteurs :

- a) le secteur des soins aux malades ambulatoires ou à domicile, assuré principalement par les cabinets de médecins et d'auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral (mais également par les dispensaires ou les consultations externes hospitalières), s'appuyant sur un réseau de pharmaciens et de laboratoires d'analyses. Ce système de soins présente deux caractéristiques principales :
  - d'une part, il laisse au malade une grande liberté de choix puisque celui-ci choisit les acteurs du système qu'il met en jeu pour se soigner (généraliste, spécialiste, pharmacien, laboratoire), le malade ou un de ses proches, dans le cadre de cette liberté, assurant la coordination entre ces différents acteurs, selon une démarche supposée logique et répondant à son besoin de soins médicaux ;
  - d'autre part, du point de vue de l'assurance maladie, ce système de soins est le lieu d'élection de la rémunération à l'acte, la fréquentation par le malade de chaque acteur du système se traduisant par une rémunération distincte, notée dans une nomenclature ou un barème de prix.
- b) le secteur des soins aux malades hospitalisés, assuré par les établissements d'hospitalisation publics et privés. Ce système présente également deux caractéristiques principales :
  - si le malade choisit son établissement d'hospitalisation, il perd la plus grande partie de sa liberté dans le choix des soins, qui lui sont délivrés par une organisation hiérarchisée de praticiens et d'auxiliaires médicaux, assurant fourniture de produits pharmaceutiques et examens de laboratoires.

PARIS, le 29 octobre 1974.

C. N. A. M. T. S. N° 207

DESTINATAIRES :

- Messieurs les Présidents des  
Conseils d'Administration des  
Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Destinataires internes :

pour attribution

pour information

PLAN DE CLASSEMENT : 812

TITRE : Circulaire de principe

OBJET : L'HOSPITALISATION A DOMICILE -  
Conditions médicales d'admission -  
Conventions-types - Règlement intérieur.

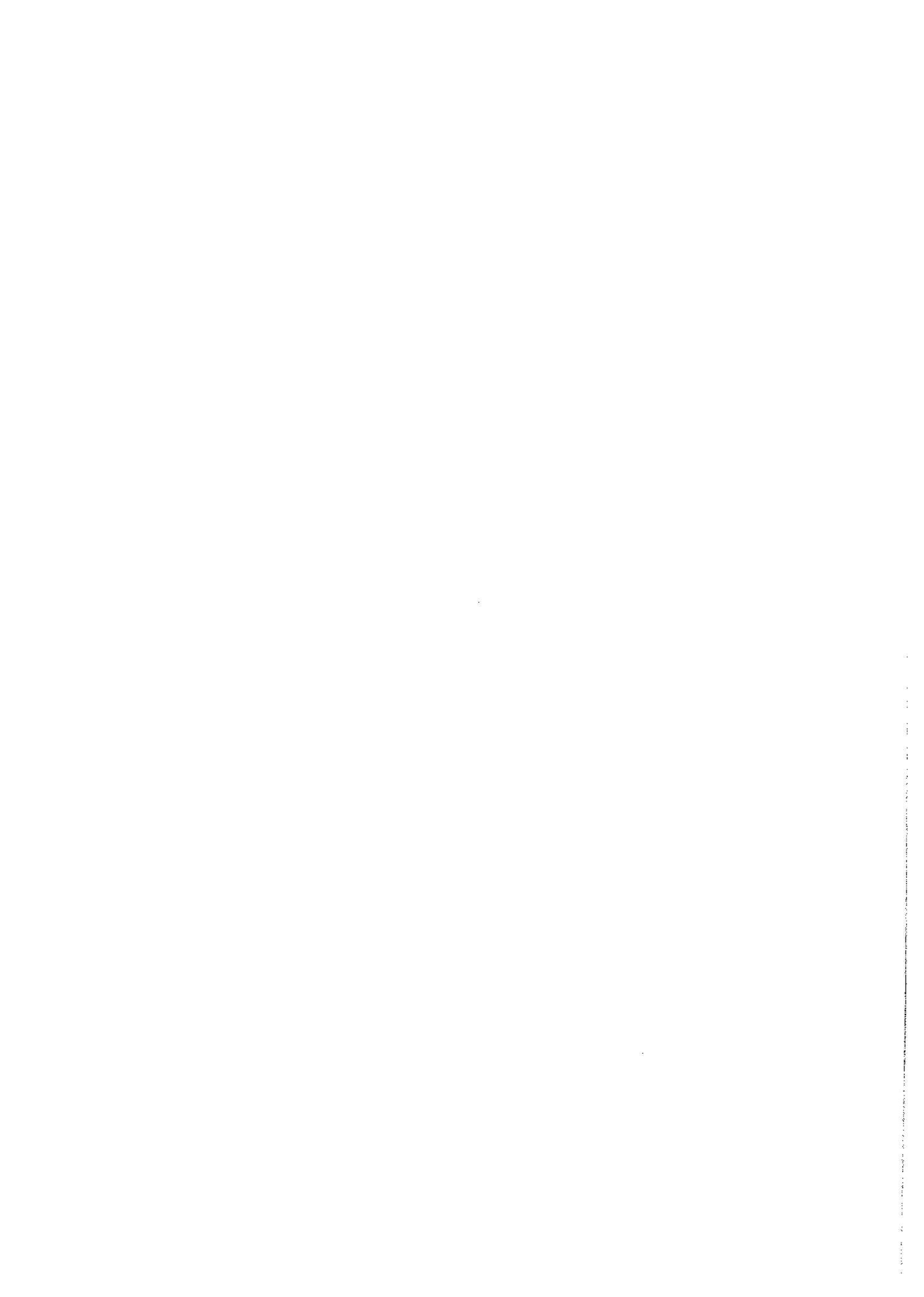
DOCUMENT NOUVEAU

RESUME : La Caisse Nationale, à la suite d'études approfondies, fixe sa doctrine à l'égard de l'hospitalisation à domicile : elle demande aux Caisses Régionales de veiller en conséquence au respect des règles déterminées en accord avec la Commission de l'Assurance Maladie et leur adresse à cet effet différents documents concernant les conditions médicales d'admission, les conventions-types, le règlement intérieur des associations ou services dispensant cette forme de soins.

PLAN : I - Les données du problème de l'hospitalisation à domicile -  
Place des soins à domicile dans le système sanitaire - Réalisations  
intervenues - Avantages et risques du système.  
II - Les éléments de solution du problème - Conditions médicales et  
sociales d'admission - Capacité et fonctionnement du Service  
d'hospitalisation à domicile - Tarification - Contrôle -  
Ticket modérateur - Indemnité journalière .

Nombre d'annexes : 4

DATE LIMITE DE REPONSE : ( entrée en vigueur immédiate -  
DATE LIMITE D'EXECUTION ) Conditions d'application traitées dans  
OU PERIODICITE ) la deuxième partie de la circulaire -.



- la rémunération des soins donnés dans les établissements hospitaliers est faite de façon forfaitaire, donc indépendante des soins délivrés à un malade donné, à travers une tarification fondée sur le paramètre "journée". Réserve doit être faite cependant pour les honoraires médicaux qui donnent lieu à une tarification à l'acte.

Or, il apparaît entre ces deux secteurs un certain nombre de formules mixtes baptisées "soins à domicile" ou "hospitalisation à domicile", dont le but est de traiter des malades ambulatoires ou à domicile par l'intermédiaire d'une organisation souvent pluridisciplinaire, groupant médecins et auxiliaires médicaux. Ce type de système sanitaire intéresse :

- a) les malades mentaux adultes pour lesquels les différentes formes de soins doivent être considérées dans le cadre de la sectorisation psychiatrique ;
- b) les enfants et adolescents inadaptés susceptibles de bénéficier des services de soins et d'éducation spécialisés à domicile prévus par les annexes XXIV (inadaptés mentaux), XXIV bis (infirmes moteurs cérébraux), XXIV ter (infirmes moteurs), XXIV quater (déficients sensoriels) du décret du 16 décembre 1970 complétant le décret du 9 mars 1956 relatif aux conditions techniques d'agrément des établissements privés de soins ;
- c) les personnes âgées à domicile, qui posent également des problèmes propres et auxquelles une formule spécifique de services de soins à domicile peut s'appliquer ;
- d) les malades relevant de soins habituellement dispensés par les établissements hospitaliers, qui semblent plus précisément concernés par les services d'hospitalisation à domicile.

Si les deux premières catégories de services de soins à domicile ne soulèvent pas de problèmes majeurs - en dehors de la distinction soins et prévention - s'agissant, en fait, de prolongement de l'activité d'établissements spécialisés en direction de malades bien définis, il n'en est pas de même pour les deux autres, qui s'adressent à des catégories de malades bien moins délimitées et relevant normalement, soit du secteur des soins aux malades ambulatoires ou à domicile, soit du secteur des soins en établissement hospitalier.

Or, le développement des soins à domicile est à l'ordre du jour. Il répond tant à une orientation de la politique générale (maintien des personnes âgées à domicile), qu'aux souhaits des responsables de la Caisse Nationale et des organisations

syndicales nationales de médecins.

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière dispose que "les Services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant".

Il est certain que si les formules de soins à domicile organisés devaient prendre une certaine extension, les deux secteurs de soins déjà existants en seraient influencés.

C'est pourquoi la Caisse Nationale a fait une enquête auprès des Caisses Régionales et des Médecins-Conseils Régionaux afin de faire une étude des formules déjà existantes. Cette enquête a fait apparaître les risques d'un développement désordonné et coûteux de formules pour le moment insuffisamment définies.

La présente circulaire ne concerne que la formule de l'hospitalisation à domicile, la Caisse Nationale procédant à d'autres études concernant les autres procédés de soins à domicile, et notamment les soins pour personnes âgées.

## 2°) Les réalisations intervenues

En dehors de certains services infirmiers utilisant des auxiliaires médicaux salariés mais facturant leurs services à l'acte, les soins à domicile organisés ont été créés depuis quelques années dans quelques régions, sous forme d'Associations ou de Services d'hospitalisation à domicile. Ces créations ont correspondu essentiellement à la constatation de l'insuffisance du nombre de lits dans certains hôpitaux et dans certaines disciplines. A l'heure actuelle, on constate que des promoteurs divers tentent de développer des formules d'hospitalisation à domicile alors même que les lacunes en lits tendent à diminuer.

### a) Objectifs :

Les associations et services d'hospitalisation à domicile se proposent d'abrèger le séjour des malades en milieu hospitalier et, dans certains cas, d'éviter tout séjour à l'hôpital. Leur but est donc de dispenser des soins à une catégorie de malades qui ne peuvent pas utiliser les moyens déjà existants du secteur des

soins ambulatoires ou à domicile et doivent bénéficier d'une densité de soins plus intense, impliquant une coordination poussée entre médecin hospitalier, médecin traitant et auxiliaires médicaux.

On considère qu'une telle formule, qui ne peut s'appliquer qu'à des personnes disposant de conditions de logement satisfaisantes et d'un entourage familial disponible, permettrait d'économiser des lits d'hôpital, de favoriser la coordination entre l'hôpital et le médecin traitant. Bien plus, l'assurance maladie y trouverait une source d'économie dans la mesure où le coût d'une telle formule serait inférieur à celui d'une hospitalisation. Le malade bénéficie, de son côté, de conditions psychologiques estimées plus favorables.

b) Moyens :

Les associations ou services gestionnaires mettent en oeuvre des équipes d'auxiliaires médicaux salariés, ou rémunérés à l'acte, des médecins traitants rémunérés à la vacation en fonction de leur activité. Les malades ne font que très rarement l'avance des frais, le tiers payant est très généralement pratiqué, y compris pour les honoraires médicaux, par l'entremise de l'association. Les associations ou services fournissent également des prestations annexes (produits pharmaceutiques, analyses de biologie, électroradiologie, prêt de petit matériel médical, transport en ambulance, aide ménagère).

L'organisme gestionnaire passe convention avec les organismes d'assurance maladie, détermine des procédures d'admission, de prolongation et de sortie, et perçoit par malade un "prix de journée" en principe inférieur de moitié au prix de journée hospitalier ; il règle ses différents fournisseurs avec le produit de ses ressources non sans avoir prélevé des frais généraux parfois substantiels.

3°) Les avantages du système

D'après ses promoteurs, l'hospitalisation à domicile possède une double série d'avantages, sur le plan médical comme sur le plan financier.

a) Les avantages d'ordre médical :

L'hospitalisation à domicile correspond à un niveau de soins intermédiaire entre l'hospitalisation de malades aigus et les soins classiques "de ville". Elle permet de hâter le retour

du malade dans son foyer et de faciliter sa réinsertion sociale ; les chances de guérison du malade peuvent s'en trouver améliorées du fait que celui-ci est replacé dans son climat familial et que l'équipe soignante, tout en éduquant la famille, peut délivrer, en liaison avec l'entourage, des soins plus personnalisés.

L'hospitalisation à domicile contribue donc à diminuer la durée des séjours hospitaliers ; de plus, elle doit constituer une des formes privilégiées de la collaboration entre médecine hospitalière et médecine de ville ; en effet, les services existants, notamment à Paris, ont écarté, dès le départ, la formule américaine du "home care", c'est-à-dire du médecin hospitalier se déplaçant au domicile du malade.

Toutefois, il est possible que certains hôpitaux publics reprennent une telle formule comme le leur permet la loi hospitalière ; le manque de personnel infirmier devrait cependant décourager les initiatives en direction de formules coûteuses en auxiliaires médicaux.

b) Les avantages d'ordre financier :

Les défenseurs de l'hospitalisation à domicile invoquent souvent les avantages financiers que celle-ci procure à l'Assurance Maladie ; en effet, les soins à domicile ne comportent ni les frais de fonctionnement de l'hôtellerie hospitalière, ni l'amortissement de locaux coûteux. Le prix de journée de l'hospitalisation à domicile devrait être inférieur de moitié au prix de journée hospitalier.

4°) Les risques du système

Si la formule de l'hospitalisation à domicile se veut originale dans sa conception et économique dans ses moyens, ses modalités de fonctionnement dans la réalité posent des problèmes et font apparaître un certain nombre de points faibles :

a) Les malades admis dans le système :

L'hospitalisation à domicile ne concerne qu'une catégorie bien précise de malades : ce sont des malades qui sont justiciables de soins de grande densité, ceux-ci pouvant leur être délivrés à domicile. Il ne s'agit donc ni de convalescents, ni de malades aigus, ni de malades ambulatoires.

Or, les conditions d'admission dans les services d'hospitalisation à domicile sont vagues : on s'en remet au chef du service hospitalier où le malade séjourne, et même - dans des cas exceptionnels - à la proposition du chef de service d'un service de consultations externes, qui désigne les candidats, avec un contrôle plus ou moins effectif des médecins-conseils.

Il y a là un risque grave de déviation du système car si la formule de l'hospitalisation à domicile est économique par rapport à un séjour en service de soins actifs, elle coûte plus cher qu'un séjour en maison de repos et de convalescence et elle est prohibitive par rapport au coût des soins dans le système de soins ambulatoires.

b) L'organisation des soins :

L'hospitalisation à domicile met en jeu, en théorie, le médecin hospitalier du service où a lieu l'hospitalisation initiale, le médecin traitant du malade, des auxiliaires médicaux, un pharmacien, un laboratoire d'analyses.

La coordination des interventions de ces éléments du système sanitaire au chevet du malade soulève plusieurs problèmes :

- Collaboration entre médecins

En théorie, le médecin traitant est chargé de surveiller la mise en oeuvre d'une thérapeutique définie par le médecin hospitalier. Il ne faut pas se cacher qu'une telle formule, très valable au plan médical, ne sera pas toujours d'une application aisée sachant ce qu'il en est parfois des difficultés de contact entre médecine hospitalière et médecine de ville.

S'agissant de malades ayant besoin d'une densité importante de soins, le problème de la collaboration entre médecins est de la plus haute importance dans l'intérêt même du patient. Si la liaison entre les deux médecins se réduisait à des contraintes formelles (imprimés de liaison), son efficacité même serait nulle. L'échec viendrait de ce que le médecin hospitalier ne s'estimerait plus responsable du malade qu'il a remis à son confrère, ou de ce que le médecin de ville n'entrerait pas vraiment dans une collaboration qui, à ses yeux, le confinerait dans un rôle qu'il estimerait secondaire

- Mise en oeuvre d'une équipe d'auxiliaires médicaux et d'aides ménagères

Les soins donnés aux malades hospitalisés à domicile nécessitent l'intervention d'infirmières et d'aides-soignantes et, éventuellement d'aides-ménagères. L'expérience montre que les gestion-

naires de l'hospitalisation à domicile ont abandonné l'utilisation d'auxiliaires médicaux fonctionnant en régime libéral, faute d'avoir pu obtenir de ceux-ci un degré d'organisation et de discipline nécessaires.

c) Le coût des services rendus :

La preuve est loin d'être faite qu'un malade soigné en hospitalisation à domicile coûte réellement moins cher à l'assurance maladie que le même malade hébergé dans un établissement hospitalier.

En effet, lorsque la densité des soins dépasse les soins courants, il est évident que la concentration des malades autour d'un appareil sanitaire structuré constitue une organisation plus efficace et moins coûteuse que l'appel à des éléments dispersés du système sanitaire qu'il faut coordonner et déplacer de lit en lit, ceux-ci étant dispersés dans une ville avec les difficultés de circulation bien connues. Certes, si les soins risquent d'être plus coûteux, l'hébergement du malade dans son propre domicile et le concours des membres de la famille sont autant d'éléments qui viennent en déduction du coût global de l'hospitalisation. Encore faut-il que le domicile se prête à une hospitalisation de quelque durée et que la famille soit disponible, ce qui risque de limiter l'hospitalisation à domicile à certaines catégories sociales.

Mais il ne faut pas oublier également qu'en hospitalisation à domicile le malade bénéficiera d'indemnités journalières à taux plein, alors qu'en établissement celles-ci sont réduites du fait même de l'hébergement et de la nourriture.

Enfin, les comparaisons entre deux "prix de journée", dont chacun d'eux réalise une péréquation entre coût des soins donnés à des malades dont l'état de santé est très différent, doivent être examinées avec prudence : il suffit d'un certain nombre de convalescents pris en charge pour que le prix de journée de l'hospitalisation à domicile apparaisse comme plus faible que celui de l'hôpital.

Il convient donc d'être attentif à la facturation des services rendus par les gestionnaires d'hospitalisation à domicile. En effet, la gestion d'un service d'hospitalisation à domicile n'est pas simple : il s'agit de coordonner au lit de plusieurs malades un certain nombre

d'agents médicaux et para-médicaux, sans avoir sur eux pleine et entière autorité, tout en comptant avec le malade et sa famille qui souhaitent en général bénéficier des mêmes prestations qu'à l'hôpital ou à la clinique.

L'hospitalisation à domicile repose sur une organisation inéluctablement diversifiée et éparse sur le plan géographique ; il s'ensuit que la qualité et la quantité des prestations assurées est incontrôlable et échappe, parfois à l'association gestionnaire, et toujours aux organismes d'assurance maladie invités à payer un prix de journée global destiné à rémunérer une structure administrative dont personne ne peut vérifier l'efficacité et les résultats.

Il faut ajouter enfin que les associations gestionnaires de services d'hospitalisation à domicile demandent un prix de journée par malade pris en charge ; ce système de facturation appelle les critiques déjà faites à l'égard de la notion de prix de journée dont la réforme est demandée en matière hospitalière, amplifiées par le fait que cette notion s'applique à des organismes administrativement fragiles (associations de la loi de 1901).

d) L'adaptation au besoin :

Dans la mesure où l'hospitalisation à domicile est un prolongement de l'hôpital, sa capacité d'hébergement doit être calculée compte tenu du nombre de lits hospitaliers existant dans la circonscription et du nombre de malades susceptibles d'être admis dans une telle formule de soins.

Or, certaines propositions de création de services d'hospitalisation à domicile, dans des régions où l'équipement hospitalier public et privé excède les besoins, où les maisons de convalescence ont de la difficulté pour trouver des clients, ne peuvent que susciter des phénomènes de concurrence déplaisants, et entraîner, par contre-coup, des hausses de prix de journée des établissements dont le coefficient d'occupation sera en baisse.

Il faut également craindre, dans certains cas, l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par certains établissements comme un moyen de se débarrasser de malades indésirables ou comme une possibilité d'accélérer la rotation des malades hospitalisés pour augmenter le nombre d'actes opératoires rentables.

./..

## II - LES ELEMENTS DE SOLUTION DU PROBLEME

La formule de l'hospitalisation à domicile présente des avantages mais également des risques non négligeables de déviations dangereuses pour les assurés comme pour les Caisses d'Assurance Maladie. C'est pourquoi la Caisse Nationale, après avoir effectué une enquête, l'a prolongée par des consultations avec les organisations syndicales nationales de médecins, les Associations et Services d'hospitalisation à domicile. En accord avec les autres Caisses Nationales d'Assurance Maladie, il a été décidé d'aménager la formule de l'hospitalisation à domicile et de prévoir certaines garanties dont l'inscription doit être faite notamment dans des conventions-types obligatoirement signées entre Caisses Régionales et gestionnaires de services d'hospitalisation à domicile.

La présente circulaire comporte donc quatre annexes:

- Annexe I : destinée au Contrôle Médical, elle énumère les critères selon lesquels le Médecin-Conseil formule son avis sur la prise en charge et son renouvellement ;
- Annexe II : il s'agit de la convention-type à utiliser dans le cas d'une association privée gestionnaire d'un service d'hospitalisation à domicile. A cet égard, il va de soi que des conventions ne pourront être envisagées qu'avec des associations de la loi de 1901 (à but non lucratif) ;
- Annexe III : le texte présente des analogies avec celui du précédent document qui a été simplement adapté aux conditions de fonctionnement d'un établissement public puisqu'il se rapporte à un service d'hospitalisation à domicile susceptible de fonctionner dans le cadre d'un centre hospitalier ;
- Annexe IV : elle contient des recommandations dont les Directeurs d'associations et de service d'hospitalisation à domicile devront tenir compte pour l'établissement du règlement intérieur.

A travers ces textes, l'attention doit être particulièrement appelée sur un certain nombre de points :

### 1\*) Conditions médicales et sociales d'admission

L'annexe I élaborée par les échelons nationaux du Contrôle Médical détermine les critères médicaux utilisés pour l'admission en hospitalisation à domicile : elle comporte le relevé d'une part des affections qui ne peuvent entraîner une prise en charge, d'autre part des conditions médicales impératives nécessaires à l'entrée en hospitalisation à domicile, enfin les indications les plus fréquentes de cette forme de soins.

.../...

Il s'agit en définitive de n'admettre en hospitalisation à domicile que les seuls malades dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours à l'infrastructure hospitalière, impose néanmoins des interventions fréquentes et complexes de médecins et d'auxiliaires médicaux. Il ne s'agit donc ni de personnes âgées nécessitant un simple "nursing", ni de malades psychiatriques fréquentant un hôpital de jour ou ressortissant de la sectorisation psychiatrique, ni de convalescents justiciables d'un séjour en maison de repos ou susceptibles de demeurer à leur domicile sans avoir besoin de soins quotidiens.

Il appartient au Contrôle Médical de veiller tout spécialement au respect de l'annexe I.

Indépendamment de ces conditions médicales, l'admission en hospitalisation à domicile est subordonnée au résultat d'une enquête confiée à une assistante sociale en vue de s'assurer que les conditions matérielles psychologiques et sociales requises sont bien remplies.

#### 2\*) Capacité du Service d'hospitalisation à domicile

Le nombre de malades susceptibles d'être traités par un Service d'hospitalisation à domicile doit être précisé par la Convention-type, d'une part parce qu'il n'est pas sans relation avec l'équipement hospitalier existant et futur, d'autre part, parce que les effectifs du personnel affecté à l'hospitalisation à domicile doivent être en rapport étroit avec le nombre de malades en traitement.

Il appartient aux Caisses Régionales, avant de signer une convention d'hospitalisation à domicile, de prendre tous contacts utiles avec les structures hospitalières existantes, en vue de déterminer une capacité optimum pour une bonne utilisation du système sanitaire.

#### 3\*) Fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile

La Caisse Nationale est préoccupée par l'aspect fondamental des liaisons entre médecins : c'est pourquoi les conventions-types prévoient des accords particuliers entre chaque Association d'hospitalisation à domicile et tout établissement susceptible d'adresser des malades au Service d'hospitalisation à domicile, accords qui devront être communiqués aux Caisses d'Assurance Maladie. De même, il importe que le règlement intérieur de l'Association ou du Service organise les conditions dans lesquelles est coordonnée l'action du médecin hospitalier, du médecin traitant et des auxiliaires médicaux.

Ce règlement intérieur doit garantir, d'un côté le libre choix et de l'autre le libre exercice du contrôle médical. L'engagement des médecins appelés à participer aux soins comme médecins traitants dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, de se conformer aux clauses de ce règlement intérieur, doit être donné explicitement par ces médecins.

L'annexe IV comporte un certain nombre de directives et de suggestions sur le contenu du règlement intérieur dont les Associations gestionnaires d'hospitalisation à domicile pourront s'inspirer tout en les adaptant aux réalités locales.

#### 4°) Tarifification des services rendus

Le Service d'hospitalisation à domicile met en oeuvre directement un certain nombre d'agents (infirmières, aides-soignantes, aides-ménagères, personnel administratif) et coordonne l'action des autres secteurs du système sanitaire qui délivrent aux malades des biens (produits pharmaceutiques) ou des services (visites du médecin traitant, analyses, ...).

La tarification de l'hospitalisation à domicile comporte, pour les associations privées, deux éléments :

##### a) Le forfait journalier

Le Service d'hospitalisation à domicile doit être rémunéré par un forfait journalier couvrant :

- l'exécution, par des auxiliaires médicaux, des soins prescrits par le médecin traitant,
- la continuité de ces soins et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés : service de garde,
- le transport sanitaire des malades, le cas échéant,
- la fourniture, à titre de prêt, du petit matériel médical et du mobilier nécessaire à la bonne exécution du traitement,
- la mise à la disposition du malade d'une aide-ménagère, si le besoin s'en fait sentir,
- les frais généraux du service.

Les tarifs des forfaits doivent être négociés par les Caisses Régionales, préalablement à leur approbation par les autorités préfectorales, même si le Service d'hospitalisation à domicile fonctionne dans le cadre d'un hôpital public.

b) la rémunération des autres agents du service sanitaire.

Les autres agents intervenant dans le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile (médecins, pharmaciens, laboratoires) doivent être rémunérés dans les conditions du droit commun : prescriptions du médecin quantitatives et qualitatives, inscription sur les feuilles de maladie, etc.

En ce qui concerne le règlement des honoraires des praticiens, les associations existantes d'hospitalisation à domicile ont souvent eu recours - sans opposition des organisations syndicales de médecins - à un mécanisme autre que le paiement direct par le malade. Cette disposition trouve sa justification dans le fait qu'il s'agit généralement de patients sur lesquels pèsent de lourdes charges financières dues à la maladie elle-même et qui, s'ils se trouvaient toujours traités dans un établissement, bénéficieraient de cette modalité. Un tel système évite aux malades d'avoir à faire l'avance des honoraires mais nécessite pour sa mise en oeuvre que le consensus des diverses parties intéressées soit obtenu afin d'éviter des contestations de principe appuyées sur l'existence des textes régissant les rapports entre les médecins et les Caisses : aucune solution de ce type ne saurait être utilisée sans qu'il ait été constaté que les syndicats départementaux de praticiens n'y font pas opposition.

C'est pourquoi il a semblé souhaitable d'insérer dans le texte de la convention-type concernant les associations d'hospitalisation à domicile, une clause fortement incitative à la mise en place, d'une manière générale, d'un dispositif de paiement par tiers délégué accepté par les parties en cause et conduisant soit au paiement direct des honoraires par la Caisse intéressée au médecin, soit au règlement des honoraires par l'association au médecin.

Faute de pouvoir définir une formule sauvegardant les deux principes directeurs - le malade est dispensé de déboursier le montant des honoraires, le médecin est honoré directement par un tiers délégué - et concrétisée par des modalités satisfaisantes, il y aura lieu de favoriser l'emploi de la procédure visée à l'article 4 paragraphe 3 de la convention entre les Caisses Nationales et les syndicats médicaux du "Dû, autorisation d'avance".

Les solutions préconisées sont les plus justifiées au regard du cas particulier de l'hospitalisation à domicile, sans qu'elles constituent, à la limite, un empêchement pour un médecin d'exercice libéral d'exiger le paiement des honoraires par les assurés hospitalisés à domicile.

Il appartiendra aux Caisses Régionales, si elles rencontrent des difficultés sur ces points, de consulter la Caisse Nationale et de différer toute décision définitive.

De plus, il y aura lieu de veiller au respect des tarifs conventionnels sans perdre de vue que dans les cas définis par la Convention nationale, les honoraires des médecins peuvent donner lieu à des dépassements, fixés avec tact et mesure, à la charge de l'assuré ; le malade a d'ailleurs la liberté de faire appel au médecin de son choix et peut donc s'adresser en toute connaissance de cause à un praticien autorisé à dépassement. On remarque à cet égard que, dans le cadre de la formule visée à l'article 4, paragraphe 3 de cette convention, si elle est appliquée pour le règlement des honoraires, la possibilité de dépassement est exclue.

S'agissant des dépenses afférentes aux produits pharmaceutiques, appareillage orthopédique et prothétique, l'Association règle les pharmaciens et prestataires de services puis se fait rembourser par la Caisse, sur présentation de bordereaux récapitulatifs accompagnés de pièces justificatives.

Il appartient aux Caisses de veiller tout spécialement à ce que le coût global de l'hospitalisation à domicile d'un malade donné ne dépasse pas le prix de journée de l'établissement hospitalier le plus proche. S'il en était ainsi, il est vraisemblable que le malade en cause ne devrait pas se trouver dans le service d'hospitalisation à domicile.

#### 5°) Contrôle

L'exercice du contrôle incombant aux Caisses a fait l'objet d'une attention particulière : c'est ainsi qu'ont été prévues la tenue d'un fichier contenant, pour chaque malade, tout renseignement d'ordre médical, et pouvant être consulté par les médecins conseils ; la constitution de dossiers devant comporter les pièces dont une énumération est donnée et appelés également à être mis à la disposition des agents accrédités par les Caisses ; la possibilité d'enquêtes au domicile des malades, effectuées par les soins du service social ; enfin, la communication d'une part, de la liste du personnel, d'autre part, du budget prévisionnel, du compte d'exploitation, du bilan de fin d'exercice et du rapport moral d'activité des associations.

Le document concernant le règlement intérieur des Associations et Services d'hospitalisation à domicile présente une certaine souplesse puisque, de préférence à un texte déterminé, il se borne à reprendre des recommandations essentielles. Il va de soi, cependant, que le règlement intérieur devra stipuler expressément chacune des obligations visées.

6°) Ticket modérateur applicable aux soins dispensés en hospitalisation à domicile

Il y a lieu d'indiquer que la plupart des malades admis en hospitalisation à domicile seront déjà dispensés de toute participation, eu égard aux dispositions de l'article L. 286 du Code de la Sécurité Sociale. La question peut se poser néanmoins, et on peut être tenté de considérer que le motif de l'exonération (coût élevé du traitement relatif aux frais de séjour à l'hôpital) ayant disparu, le malade doit supporter une partie des dépenses. Par ailleurs, l'arrêté du 23 janvier 1956, qui fixe limitativement la liste des établissements dans lesquels le séjour entraîne l'exonération du ticket modérateur au delà de trente jours, ne fait aucune allusion, et pour cause, à l'hospitalisation à domicile.

Les services ministériels avaient donc estimé que l'hospitalisation à domicile ne pouvait par elle-même, et quelle que soit sa durée, justifier une exonération. Mais une telle position pouvait amener les malades à renoncer à l'hospitalisation à domicile. Aussi la Direction de la Sécurité Sociale a-t-elle admis que l'arrêté du 23 janvier 1956 recevrait application à l'égard des personnes traitées en hospitalisation à domicile.

7°) Indemnité journalière en cas d'hospitalisation à domicile

En cas d'hospitalisation, le montant de l'indemnité journalière maladie fait l'objet d'une réduction (de un à trois cinquièmes) qui varie en fonction de la situation de famille de l'assuré social et qui se fonde sur le fait que celui-ci n'a pas à pourvoir à son entretien.

Mais ces dispositions n'ont trait qu'à la forme traditionnelle de l'hospitalisation (séjour ininterrompu dans un établissement). Pour les autres formes d'hospitalisation, des modalités particulières ont été prévues et, s'agissant de l'hospitalisation à domicile, l'indemnité journalière ne doit pas être réduite.

oOo

A la suite de la mise en oeuvre des dispositions qui précèdent, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie vont se trouver placées dans l'une des situations suivantes :

./..

- a) ou bien, il n'existe pas encore dans leur circonscription aucune organisation d'hospitalisation à domicile, et dans ce cas il conviendra à l'avenir de s'en tenir aux règles posées par la présente circulaire et ses annexes en invitant les promoteurs éventuels à s'y conformer au moment même de la constitution de l'Association ou du Service de l'hospitalisation à domicile.
- b) ou bien, des associations ou services d'hospitalisation à domicile sont déjà créés et fonctionnent en vertu d'accords passés avec les Caisses qui délivrent des prises en charge pour leurs assurés sociaux. Il y aura lieu, dans cette hypothèse, de définir éventuellement les modalités d'une période transitoire durant laquelle les dispositions actuelles pourront être adaptées dans un premier stade pour aboutir, dans un laps de temps que je souhaite le plus court possible, au cadre médical et administratif, objet des documents qui ont reçu l'approbation de la Commission de l'Assurance Maladie. Les Caisses Régionales devront tenir la Caisse Nationale au courant de ces situations et l'informer des mesures d'adaptation envisagée ainsi que des délais qui paraissent nécessaires pour aboutir à une harmonisation avec le texte de la convention-type.

Il me paraît utile, enfin, de souligner que le problème des soins à domicile, dont il a été déjà question ci-dessus, et qui vise des personnes âgées justiciables de soins beaucoup plus légers que ceux dispensés au titre de l'hospitalisation à domicile, est à l'étude dans les services de la Caisse Nationale et qu'une autre circulaire sera diffusée à ce sujet.

Conformément au désir exprimé par la Commission de l'Assurance Maladie, il y aura lieu, à l'issue d'une période qui peut être évaluée approximativement à 18 mois, de faire le point des conditions de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile, telles qu'elles résultent du cadre conventionnel ainsi déterminé. À cet égard, j'ajoute qu'il a été convenu avec les services ministériels intéressés, qu'il n'y aurait pas pour l'instant de texte réglementaire relatif à l'hospitalisation à domicile.

Je vous demande de bien vouloir me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application des présentes dispositions.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.



M. DERLIN.

L'HOSPITALISATION A DOMICILE

CRITERES SELON LESQUELS LE MEDECIN CONSEIL

FORMULE SON AVIS SUR LA PRISE EN CHARGE

ET SON RENOUVELLEMENT

1°/ Ne pourront bénéficier d'une prise en charge au titre de l'hospitalisation à domicile les malades atteints de :

- Tuberculose pulmonaire.
- Maladies mentales.
- Maladies contagieuses.
- Affections traitées par hémodialyse à domicile.
- Insuffisances respiratoires graves nécessitant l'utilisation d'appareils d'assistance respiratoire.

2°/ Conditions impératives nécessaires à l'entrée en hospitalisation à domicile :

a) L'hospitalisation à domicile fait suite à un séjour dans un établissement hospitalier participant au service public ou ayant passé convention avec lui.

L'admission après simple consultation externe dans les services de disciplines particulières ne peut être prononcée qu'à titre exceptionnel par le médecin-conseil chargé du contrôle hospitalier et pour les seules consultations externes désignées nommément dans un avenant à la Convention.

b) L'état du malade ne justifie plus son séjour en établissement du fait de l'évolution clinique.

c) L'état du malade et les soins envisagés imposent des interventions fréquentes et complexes des médecins et des auxiliaires médicaux, qui ne peuvent être donnés :

- ni par des établissements du type maison de convalescence, maison de repos.

- ni par les structures habituelles de soins à domicile : visites de médecins, soins par auxiliaires médicaux, aides-soignantes, etc...

.../...

d) L'enquête sociale montre que les soins envisagés peuvent être donnés à domicile.

e) Le nombre moyen mensuel de malades susceptibles d'être admis dans l'organisation de l'hospitalisation à domicile ne se trouve pas dépassé par l'admission du malade.

3°/ Si les conditions précédentes sont remplies, voici les indications les plus fréquentes de l'hospitalisation à domicile :

a) Lésions de l'appareil locomoteur ;

- Certaines fractures du rachis, bassin, du membre inférieur avant l'appui, fracture bilatérale du membre supérieur.

- Hémiplegie sauf pendant la période d'entretien.

- Paraplégie et tétraplégie.

- Sclérose en plaques en poussée aiguë.

- Polyarthrite chronique évolutive en poussée aiguë.

- Artérite des membres inférieurs en poussée évolutive.

- Complications graves des phlébites des membres inférieurs.

b) Insuffisance cardiaque.

c) Affections cancéreuses et hémopathies.

d) Cirrhose décompensée.

e) Suites d'interventions chirurgicales graves.

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

°

° . °

L'HOSPITALISATION A DOMICILE  
PROJET DE CONVENTION-TYPE (ASSOCIATION)

Entre les soussignés.....

- La CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE  
représentée par M.....

Et :

- La CAISSE MUTUELLE REGIONALE  
représentée par M.....
- La CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE  
représentée par M.....  
ci-dessous dénommées "les Caisses"

d'une part,

- L'ASSOCIATION D'HOSPITALISATION A DOMICILE  
(dénomination et adresse).  
représentée par M.....  
ci-dessous dénommée "l'Association"

d'autre part,

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er

L'Association ..... s'engage à mettre en place des moyens en personnel et en matériel nécessaires pour donner aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, ressortissants des régimes représentés par les Caisses signataires, les soins en hospitalisation à domicile que réclame leur état, dans les conditions définies par la présente convention. Ces moyens constituent le service d'hospitalisation à domicile géré par l'Association.

L'organigramme du service d'hospitalisation à domicile de l'Association, comportant notamment la liste du personnel dont le concours est prévu ainsi que l'indication de sa qualification, est annexé à la Convention.

ARTICLE 2

L'organisation du service d'hospitalisation à domicile se présente sous la forme d'une ou plusieurs sections dotées chacune d'une équipe technique ayant la charge d'un nombre de malades déterminé et dont le rayon d'action est limité.

./..

ARTICLE 3

Le nombre moyen mensuel de malades susceptibles d'être pris simultanément en charge, au titre de l'hospitalisation à domicile, par les Caisses est fixé chaque année par voie d'accord entre les parties. Il fait l'objet d'avenants à la convention, pris après avis des médecins-conseils des Caisses signataires. En ce qui concerne la première année d'application de la présente convention, ce nombre est fixé à.....

ARTICLE 4

L'admission d'un malade en hospitalisation à domicile est subordonnée aux conditions suivantes :

- 1° - Ne peuvent être admis en hospitalisation à domicile que les malades déjà hospitalisés dans un établissement, participant ou associé au service public hospitalier ou, exceptionnellement, ayant été examinés au titre d'une consultation externe dans les services de disciplines particulières, et dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours permanent à une équipe et à un appareillage hospitaliers, requiert encore une surveillance et des soins actifs.

Ne sont pas couvertes par cette convention, les personnes âgées ne répondant pas aux conditions fixées par le premier alinéa, ainsi que les malades atteints d'une affection psychiatrique justiciables d'un traitement ambulatoire, les malades atteints d'affections traitées par hémodialyse à domicile, les malades atteints d'insuffisances respiratoires graves nécessitant un appareillage spécialisé, et de tuberculose pulmonaire.

- 2° - Le consentement écrit du malade ou de sa famille est requis préalablement à toute hospitalisation à domicile.
- 3° - L'admission en hospitalisation à domicile est également subordonnée au résultat d'une enquête confiée à une assistante sociale du service d'hospitalisation à domicile en vue de s'assurer que les conditions matérielles, psychologiques et sociales requises, notamment dans le domaine du logement et de l'environnement familial, sont bien remplies et permettent le retour du malade à son domicile.

Un double de cette enquête est immédiatement transmis au service de contrôle médical de la Caisse ou de l'organisme intéressé.

- 4° - La proposition d'admission des malades en hospitalisation à domicile appartient au praticien sous la responsabilité duquel (1) le malade est hospitalisé (ou au chef de service ayant procédé à la consultation externe). Ce praticien joint à sa demande le schéma des traitements et soins qu'il estime nécessaires aux malades.

./..

(1) Ce praticien est dénommé dans les articles suivants "le praticien hospitalier"

5° - L'admission des malades en hospitalisation à domicile est subordonnée à la délivrance préalable d'une prise en charge par la Caisse ou l'organisme d'assurance concerné, après avis du médecin-conseil. Pour obtenir délivrance et renouvellement de la prise en charge, l'Association de..... adresse à la Caisse intéressée une demande présentée sur un modèle établi d'un commun accord.

Dans les meilleurs délais et au plus tard dans les dix jours qui suivent la réception du document précité, la Caisse adresse à l'Association soit son accord sur la prise en charge de la part lui incombant dans les frais d'intervention, soit les motifs de son refus.

Si une demande de prolongation est prévisible lors de la demande initiale, le chef du service hospitalier ou de l'établissement de soins la fait figurer sur cette demande. La durée initiale de la prise en charge est fixée à vingt jours. Cette prise en charge est renouvelable sur avis du médecin-conseil.

La demande de renouvellement de prise en charge doit être formulée huit jours avant l'expiration de la prise en charge initiale.

6° - L'admission est prononcée dans les limites et conditions précisées ci-dessus par le responsable de l'Association.

#### ARTICLE 5

Le malade a le libre choix du médecin à qui il désire voir confier l'exécution du traitement à son domicile, sous réserve de l'acceptation par le médecin traitant des conditions de fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile telles qu'elles sont fixées par le règlement intérieur.

#### ARTICLE 6

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile et notamment les conditions dans lesquelles est organisée la collaboration entre le praticien hospitalier, le médecin traitant et le service d'hospitalisation à domicile.

Le dossier médical détenu par l'hôpital est communiqué au médecin traitant dans les conditions prévues par le décret n° 74-230 du 7 Mars 1974.

#### ARTICLE 7

L'Association s'engage à conclure dans le cadre du secteur sanitaire une convention avec chaque établissement d'hospitalisation susceptible de lui adresser des malades répondant aux conditions fixées à l'article 4 ci-dessus.

Cette convention précise notamment les conditions dans lesquelles les malades peuvent quitter un établissement pour être admis en hospitalisation à domicile et les conditions dans lesquelles ils peuvent être réhospitalisés.

Cette convention précise également les modalités de transmission des informations nécessaires à la poursuite des traitements entre le praticien hospitalier et le médecin traitant ainsi que l'estimation des besoins du malade qui doivent être satisfaits par le service d'hospitalisation à domicile.

Ces conventions conclues par l'Association sont communiquées systématiquement et sans délai aux Caisses signataires par le responsable de l'Association.

L'Association peut également passer convention avec le syndicat interhospitalier du secteur.

#### ARTICLE 8

L'Association..... assure ou prend en charge :

- 1° - L'exécution, par des auxiliaires médicaux diplômés d'Etat, des soins prescrits qualitativement et quantitativement par écrit par le médecin traitant.  
Il appartiendra à l'infirmière de tenir le cahier des prescriptions et de soins du malade.
- 2° - La surveillance sociale des malades et de leur famille, par des assistantes sociales chargées d'apporter leur concours pour la solution de tous les problèmes individuels ou familiaux de leur compétence, d'effectuer toutes les démarches administratives relatives au séjour du malade en hospitalisation à domicile.
- 3° - La continuité des soins exécutés par les auxiliaires médicaux, et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés, par un service de permanence et de garde.
- 4° - Le transport sanitaire des malades, chaque fois qu'il y a lieu, par le moyen répondant à son état et prescrit par le médecin traitant.
- 5° - La fourniture, éventuellement à titre de prêt, du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement.
- 6° - Si l'état du malade l'exige, la mise à sa disposition d'une aide-ménagère dont le nombre d'heures fournies doit être en rapport avec les besoins réels du bénéficiaire.

#### ARTICLE 9

La fin du séjour en hospitalisation à domicile est prononcée, sur proposition du médecin traitant à domicile éventuellement en accord avec le praticien hospitalier, par le Directeur de l'Association, avec l'agrément du médecin conseil de la Caisse intéressée.

#### ARTICLE 10

Les Caisses remboursent à l'Association les dépenses du service d'hospitalisation à domicile, pour le mois écoulé. et pour le malade, sur la base d'un forfait journalier.

Le montant de ce forfait journalier englobe les éléments prévus à l'article 8 de la présente convention, majorés des frais généraux, acceptés par les organismes signataires lors de l'établissement du prix de revient prévisionnel après production de toutes pièces justificatives.

Pour l'année ..... il est fixé à ..... F par jour et par malade admis dans le service d'hospitalisation à domicile.

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

- les noms, prénoms et numéros d'immatriculation de tous les malades traités en hospitalisation à domicile pendant le mois écoulé,
- le nombre de jours d'hospitalisation à domicile de chacun d'eux,
- la somme à rembourser à l'Association pour chaque malade.

Ce bordereau est arrêté et certifié exact par le responsable de l'Association d'hospitalisation à domicile ; il est réglé, en principe, dans le mois qui suit sa remise.

#### ARTICLE 11

Les honoraires médicaux sont déterminés d'après la Nomenclature Générale des actes professionnels et conformément aux dispositions générales de la Convention entre les Caisses Nationales de l'Assurance Maladie et la Profession médicale, ainsi que de son annexe relative aux tarifs.

Lorsque la nature ou le coût des soins le requiert, le règlement direct des honoraires au praticien doit pouvoir s'effectuer - sauf désaccord de celui-ci -, par un moyen permettant à l'assuré d'être dispensé de toute avance, les honoraires réglés par ce moyen étant ceux qui résultent des tarifs conventionnels en vigueur.

A défaut de pouvoir recourir à une formule satisfaisante de ce type, la procédure visée à l'article 4, paragraphe 3 de la Convention entre les Caisses Nationales et la profession médicale, sera appliquée.

#### ARTICLE 12

L'Association s'engage à donner aux médecins-conseils des Caisses toutes facilités en vue de l'exercice du contrôle médical sur place et sur pièces.

Le médecin-conseil peut notamment demander au chef du service hospitalier ou de l'établissement de soins et au médecin traitant tous renseignements utiles concernant le malade.

./..

L'Association tient un fichier contenant les nom et adresse du malade ainsi que tous renseignements d'ordre médical relatifs au traitement ou à l'hospitalisation dont il a pu faire l'objet. Les fiches médicales sont établies pour chaque bénéficiaire. Elles doivent être mises à jour et peuvent être consultées par les médecins-conseils des organismes de sécurité sociale. A cet égard, l'Association s'engage à veiller au secret professionnel.

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

L'Association s'engage à mettre à la disposition des agents de contrôle accrédités par les Caisses les dossiers des malades assistés qui doivent comprendre notamment :

- l'accord écrit du malade ou de sa famille,
- la fiche comptable, par malade, des honoraires médicaux d'une part, et des diverses prescriptions médicales d'autre part (pharmacie, radios, actes de chirurgie, examens de laboratoires, etc...),
- le compte rendu de l'enquête sociale préalable à toute prise en charge,
- le carnet d'exécution des prescriptions médicales,
- le relevé comptable des frais de transport, d'une part, et du matériel mis à la disposition du malade, d'autre part,
- le compte rendu détaillé relatif à l'exécution des prestations fournies par l'Association.

#### ARTICLE 13

L'Association s'engage à mettre à la disposition des agents de contrôle des Caisses la liste du personnel en fonction accompagnée de l'indication de sa qualification.

L'Association s'engage par ailleurs à fournir chaque année aux Caisses, son budget prévisionnel avant le 1er novembre de chaque année ; son compte d'exploitation, son bilan de fin d'exercice et son rapport moral d'activité dans le mois qui suit la présentation de ces documents au Conseil d'Administration de l'Association. Dans l'hypothèse où l'Association assure la gestion d'autres services, le service d'hospitalisation à domicile doit faire l'objet d'un budget et d'une comptabilité distincts.

#### ARTICLE 14

L'Association s'interdit de faire toute publicité ; tout manquement à ces dispositions entraînerait la dénonciation de la convention.

L'information destinée au corps médical n'est pas considérée comme publicité et ne tombe pas sous le coup des dispositions du présent article.

ARTICLE 15

Toute modification apportée à l'organisation de l'Association et de son service d'hospitalisation à domicile de ..... et à son règlement intérieur est portée à la connaissance des Caisses signataires dans le délai de 15 jours.

ARTICLE 16

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, à compter du ..... ; elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par lettre recommandée qui devra être motivée, avec un préavis de 3 mois.

FAIT à

le

en ..... exemplaires.

Le Directeur de l'Association  
d'Hospitalisation à domicile,

Le Directeur de la Caisse Régionale  
d'Assurance Maladie de

Le Directeur de la Caisse de  
Mutualité Sociale Agricole  
de

Le Directeur de la Caisse Mutuelle  
Régionale d'Assurance Maladie des  
Travailleurs non Salariés des  
Professions non Agricoles,



HOSPITALISATION A DOMICILE

## PROJET DE CONVENTION-TYPE

(Etablissement d'hospitalisation public)

Entre les soussignés

- LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE  
représentée par M.....

Et :

- LA CAISSE MUTUELLE REGIONALE  
représentée par M .....
- LA CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE  
représentée par M .....

ci-dessous dénommées "les Caisses",

d'une part,

Et :

- LE CENTRE HOSPITALIER de ..... (Service d'hospitalisation à domicile  
représenté par le Directeur.

d'autre part,

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :ARTICLE 1er

Le Centre hospitalier de ..... s'engage à mettre en place des moyens en personnel et en matériel nécessaires pour donner aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, ressortissants des régimes représentés par les Caisses signataires, les soins en hospitalisation à domicile que réclame leur état, dans les conditions définies par la présente convention.

L'organigramme du Service d'hospitalisation à domicile, comportant notamment la liste du personnel dont le concours est prévu ainsi que l'indication de sa qualification, est annexé à la convention.

ARTICLE 2

En cas d'adhésion du Centre Hospitalier de ..... au syndicat interhospitalier de la région ou du secteur d'action sanitaire, certaines activités du Service d'hospitalisation à domicile peuvent être envisagées dans le cadre du syndicat, au même titre que les autres services de l'établissement.

.../..

ARTICLE 3

L'organisation du service d'hospitalisation à domicile se présente sous la forme d'une ou plusieurs sections dotées chacune d'une équipe technique ayant la charge d'un nombre de malades déterminé et dont le rayon d'action est limité.

ARTICLE 4

Le nombre moyen mensuel de malades susceptibles d'être pris simultanément en charge, au titre du service d'hospitalisation à domicile, par les Caisses, est fixé chaque année par voie d'accord entre les parties. Il fait l'objet d'avenants à la convention pris après avis des médecins-conseils des Caisses signataires. En ce qui concerne la première année d'application de la présente convention, ce nombre est fixé à ....

ARTICLE 5

L'admission d'un malade en hospitalisation à domicile est subordonnée aux conditions suivantes :

- 1° - Ne peuvent être admis en hospitalisation à domicile que les malades déjà hospitalisés dans un établissement participant ou associé au service public hospitalier ou, exceptionnellement, ayant été examinés au titre d'une consultation externe dans les services de disciplines particulières, et dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours permanent à une équipe et à un appareillage hospitaliers, requiert encore une surveillance et des soins actifs.

Ne sont pas couvertes en particulier par cette convention, les personnes âgées ne répondant pas aux conditions fixées par le premier alinéa, ainsi que les malades atteints d'une affection psychiatrique justiciables d'un traitement ambulatoire, les malades atteints d'affections traitées par hémodialyse à domicile, les malades atteints de tuberculose pulmonaire et d'insuffisances respiratoires graves nécessitant un appareillage spécialisé.

- 2° - Le consentement écrit du malade ou de sa famille est requis préalablement à toute hospitalisation à domicile.
- 3° - L'admission en hospitalisation à domicile est également subordonnée au résultat d'une enquête confiée à une assistante sociale du service d'hospitalisation à domicile en vue de s'assurer que les conditions matérielles, psychologiques et sociales requises, notamment dans le domaine du logement et de l'environnement familial, sont bien remplies et permettent le retour du malade à son domicile.

Un double de cette enquête est immédiatement transmis au service du contrôle médical des Caisses.

- 4° - La proposition d'admission des malades en hospitalisation à domicile appartient au praticien sous la responsabilité duquel le malade est hospitalisé (1) (ou au chef du service ayant procédé à la consultation externe). Ce praticien joint à sa demande le schéma des traitements et soins qu'il estime nécessaires au malade.

...

(1) Ce praticien est dénommé dans les articles suivants le praticien hospitalier.

5° - L'admission des malades en hospitalisation à domicile est subordonnée à la délivrance préalable d'une prise en charge par les Caisses, après avis du médecin-conseil.  
Pour obtenir délivrance et renouvellement de la prise en charge, le Centre hospitalier (H. à D.) adresse à la Caisse intéressée une demande présentée sur un modèle établi d'un commun accord.

Dans les meilleurs délais et au plus tard dans les dix jours qui suivent la réception du document précité, la Caisse adresse au Centre Hospitalier soit son accord sur la prise en charge de la part lui incombant dans les frais d'intervention, soit les motifs de son refus.

Si une demande de prolongation est prévisible lors de la demande initiale, le chef du service hospitalier ou de l'établissement de soins la fait figurer sur cette demande. La durée initiale de la prise en charge est fixée à vingt jours. Cette prise en charge est renouvelable sur avis du médecin-conseil.

La demande de renouvellement de prise en charge doit être formulée huit jours avant l'expiration de la prise en charge initiale.

6° - L'admission est prononcée dans les limites et conditions précisées par le Directeur du Centre Hospitalier.

#### ARTICLE 6

Le malade a le libre choix du médecin à qui il désire voir confier l'exécution du traitement à son domicile, sous réserve de l'acceptation par le médecin traitant des conditions de fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile telles qu'elles sont fixées par le règlement intérieur du Centre Hospitalier.

#### ARTICLE 7

Les dispositions du règlement intérieur fixent les modalités de fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile et notamment les conditions dans lesquelles est organisée la collaboration entre les services hospitaliers et le médecin traitant.

Le dossier médical détenu par l'hôpital est communiqué au médecin traitant dans les conditions prévues par le décret n° 74-230 du 7 mars 1974.

#### ARTICLE 8

Des conventions complémentaires déterminent, dans la région et les secteurs d'action sanitaire intéressés, les rapports entre le Centre Hospitalier de ..... (Service d'hospitalisation à domicile) et les autres établissements d'hospitalisation, notamment les conditions dans lesquelles les malades peuvent quitter un établissement pour être admis dans le service d'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier et inversement.

Figurent dans les mêmes conventions, les modalités de transmission des informations relatives à la poursuite des traitements.

.../...

Ces conventions sont communiquées systématiquement et sans délai aux Caisses signataires par le Directeur du Centre Hospitalier.

#### ARTICLE 9

Le Centre Hospitalier (H. à D.) de ..... assure ou prend en charge :

- 1° - L'exécution, par des auxiliaires médicaux diplômés d'Etat, des soins prescrits qualitativement et quantitativement par écrit par le médecin traitant;  
  
Il appartiendra à l'infirmière de tenir le cahier des prescriptions et de soins du malade ;
- 2° - La surveillance sociale des malades et de leur famille par des assistantes sociales chargées d'apporter leur concours pour la solution de tous les problèmes individuels ou familiaux de leur compétence, d'effectuer toutes les démarches administratives relatives au séjour du malade en hospitalisation à domicile ;
- 3° - La continuité des soins exécutés par les auxiliaires médicaux et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés par un service de permanence et de garde ;
- 4° - Le transport sanitaire des malades, chaque fois qu'il y a lieu, par le moyen répondant à son état et prescrit par le médecin traitant ;
- 5° - La fourniture, éventuellement à titre de prêt, du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement ainsi que de l'appareillage orthopédique et prothétique.
- 6° - Si l'état du malade l'exige, la mise à sa disposition d'une aide-ménagère dont le nombre d'heures fournies doit être en rapport avec les besoins réels du bénéficiaire;
- 7° - La fourniture des médicaments et produits pharmaceutiques ;
- 8° - Les examens de laboratoire, les actes de radiodiagnostic et de radiothérapie ;
- 9° - Les frais généraux correspondant aux frais de fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile.

#### ARTICLE 10

La fin du séjour en hospitalisation à domicile est prononcée sur proposition du médecin traitant à domicile, en accord éventuellement avec le praticien hospitalier, par le Directeur du Centre Hospitalier, avec l'agrément du médecin-conseil de la Caisse intéressée.

#### ARTICLE 11

Les Caisses remboursent au Centre Hospitalier les dépenses du Service d'hospitalisation à domicile pour le mois écoulé, et pour le malade, sur la base d'un forfait journalier englobant les éléments visés à l'article 9 (1° - 2° - 3° - 4° - 5° - 6° - 7° - 9° -) auxquels s'ajoutent les frais correspondant aux actes visés à l'article 9 - 8°, au tarif des consultations externes hospitalières.

...

La valeur du forfait journalier est soumise à l'homologation des autorités ayant la charge de fixer le prix de journée hospitalier sur proposition du Centre Hospitalier et des Caisses signataires.

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

- le noms, prénoms et numéros d'immatriculation de tous les malades traités en hospitalisation à domicile pendant le mois écoulé,
- le nombre de jours d'hospitalisation à domicile de chacun d'eux,
- la somme à rembourser au Centre Hospitalier pour chaque malade.

Ce bordereau est arrêté et certifié exact par le Directeur du Centre Hospitalier ; il est réglé, en principe, dans le mois qui suit sa remise.

#### ARTICLE 12

Les honoraires des médecins non hospitaliers sont déterminés d'après la Nomenclature Générale des actes professionnels et conformément aux dispositions générales de la Convention entre les Caisses Nationales de l'Assurance Maladie et la profession médicale, ainsi que de son annexe relative aux tarifs.

Lorsque la nature ou le coût des soins le requiert, le règlement direct des honoraires au praticien, doit pouvoir s'effectuer - sauf désaccord de celui-ci - par un moyen permettant à l'assuré d'être dispensé de toute avance, les honoraires réglés par ce moyen étant ceux qui résultent des tarifs conventionnels en vigueur.

A défaut de pouvoir recourir à une formule satisfaisante de ce type, la procédure visée à l'article 4, paragraphe 3 de la Convention entre les Caisses Nationales et la profession médicale, sera appliquée.

#### ARTICLE 13

Le centre hospitalier de ..... s'engage à donner aux médecins-conseils des Caisses toutes facilités en vue de l'exercice du contrôle médical sur place et sur pièces.

Le médecin-conseil peut notamment demander au chef du service hospitalier ou à l'établissement de soins et au médecin traitant tous renseignements utiles concernant le malade.

Le Service d'hospitalisation à domicile tient un fichier contenant les nom et adresse du malade ainsi que tous renseignements d'ordre médical relatifs au traitement ou à l'hospitalisation dont il a pu faire l'objet. Les fiches médicales sont établies pour chaque bénéficiaire. Elles doivent être mises à jour et peuvent être consultées par les médecins-conseils des organismes de Sécurité Sociale.

./..

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

Le Service d'hospitalisation à domicile s'engage à mettre à la disposition des agents de contrôle accrédités par les Caisses les dossiers des malades assistés qui doivent comprendre notamment :

- l'accord écrit du malade ou de sa famille,
- la fiche comptable par malade, des diverses prescriptions médicales (pharmacie, radios, actes de chirurgie, examens de laboratoire, etc.),
- le compte rendu de l'enquête sociale préalable à toute prise en charge,
- le carnet d'exécution des prescriptions médicales,
- le relevé comptable des frais de transport, d'une part, et du matériel mis à la disposition du malade, d'autre part,
- le compte rendu détaillé relatif à l'exécution des prestations fournies par le Centre Hospitalier.

ARTICLE 14

Le Centre Hospitalier s'engage par ailleurs à fournir chaque année aux Caisses tous renseignements utiles sur les frais de fonctionnement du service qui constitue l'une des sections définitives de la feuille de répartition et d'imputation de la comptabilité de l'Hôpital.

ARTICLE 15

Toute modification apportée au Service d'hospitalisation à domicile et aux dispositions du règlement intérieur relatives à cette forme de soins, est portée à la connaissance des Caisses signataires dans le délai de quinze jours.

ARTICLE 16

La présente convention complète la convention générale réglant les rapports entre les Caisses signataires et le Centre Hospitalier de ..... Elle est conclue pour une durée d'un an à compter du ..... ; elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par lettre recommandée qui devra être motivée, avec un préavis de 3 mois.

FAIT à le

en exemplaires

Le Directeur du  
Centre Hospitalier de

Le Directeur de la Caisse  
Régionale d'Assurance Maladie de

Le Directeur de la Caisse  
de Mutualité Sociale Agricole de

Le Directeur de la Caisse Mutuelle  
Régionale d'Assurance Maladie des  
Travailleurs non Salariaés des  
Profession non Agricoles,

L'HOSPITALISATION A DOMICILE

REGLEMENT INTERIEUR D'UNE ASSOCIATION D'HOSPITALISATION A DOMICILE

RECOMMANDATIONS

- Le règlement intérieur est communiqué aux organismes de Sécurité Sociale, signataires de la convention susvisée. Il est par ailleurs tenu à la disposition de toute personne intéressée, en particulier des malades et de leurs familles.
- L'Association s'engage à mettre en place des moyens en personnel et en matériel nécessaires pour donner aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les soins en hospitalisation à domicile que réclame leur état, dans les conditions définies par la Convention et le règlement.
- Le consentement écrit du malade ou de sa famille est une condition indispensable à l'admission. Le malade peut refuser cette admission.
- Une notice est remise au malade par l'Association afin de lui expliquer d'une façon détaillée les modalités de fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile.
- Le malade est informé qu'il a le libre choix du médecin à qui il désire voir confier la continuation de son traitement à domicile, dans le respect des conditions prévues pour le fonctionnement du service. Dans le cas où l'assuré social ne possède pas de médecin traitant ou si ce dernier refuse de collaborer au service d'hospitalisation à domicile, le malade choisit son médecin, au besoin le Médecin-Chef hospitalier lui fait connaître le nom des médecins qui acceptent la réglementation applicable à l'hospitalisation à domicile.  
  
Une notice est remise au médecin traitant définissant le fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile. Elle doit recevoir l'accord explicite du médecin traitant.
- Le médecin traitant reste en étroite liaison avec le Médecin-Chef hospitalier d'origine en vue de réaliser une parfaite coordination dans les traitements appliqués, le retour éventuel du malade à l'hôpital et la fin du séjour en hospitalisation à domicile.
- Les modalités des soins seront particulièrement précisées, le rythme des visites à domicile du médecin et des auxiliaires médicaux étant lié à l'état du malade.  
  
Une personne qualifiée du service d'hospitalisation à domicile (Assistante Sociale, Secrétaire Médicale, Infirmière) aide le médecin traitant à prendre les rendez-vous nécessaires auprès des spécialistes de l'hôpital, à garder la liaison avec le service d'origine du malade et facilite les rencontres entre le médecin traitant et le médecin hospitalier. Le dossier médical hospitalier est complété à l'aide de renseignements fournis par le médecin traitant.

- La liste des prestations assurées par l'Association sera indiquée :
- 1° - L'exécution par des auxiliaires médicaux diplômés d'Etat des soins prescrits qualitativement et quantitativement par écrit par le médecin traitant. Il appartient à l'infirmière de tenir le cahier de prescriptions et de soins du malade.
  - 2° - La surveillance sociale du malade et de sa famille, par une assistante sociale chargée d'apporter son concours pour la solution de tous les problèmes individuels ou familiaux de sa compétence, d'effectuer toutes les démarches administratives relatives au séjour du malade en hospitalisation à domicile.
  - 3° - La continuité des soins exécutés par les auxiliaires médicaux et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés par un service de permanence et de garde.
  - 4° - Le transport sanitaire du malade, chaque fois qu'il y a lieu, par le moyen répondant à son état et prescrit par le médecin traitant. Le transport peut être assuré par les véhicules du service d'hospitalisation à domicile ou par appel à des services de transports privés.
  - 5° - La fourniture, éventuellement à titre de prêt, du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement.
  - 6° - Si l'état du malade l'exige, la mise à sa disposition d'une aide ménagère dont le nombre d'heures fournies doit être en rapport avec les besoins réels du bénéficiaire.

- Dans le cadre des interventions prévues, la notice remise au malade au moment où il est admis en service d'hospitalisation à domicile, comporte :

l'adresse et le n° de téléphone du service de permanence et de garde de l'Association permettant un appel d'urgence, notamment durant la nuit et les jours fériés.

- Sont indiquées les conditions de fin de séjour en hospitalisation à domicile, prononcée, sur proposition du médecin traitant à domicile éventuellement en liaison avec le praticien hospitalier, par le Directeur de l'Association, avec l'accord du Médecin-Conseil de la Caisse intéressée.

- Sont indiquées également les modalités de règlement et de prise en charge des prestations fournies par l'Association, des honoraires médicaux, des dépenses afférentes aux produits pharmaceutiques, examens de laboratoire, actes de radiologie et d'électroradiologie, appareillage orthopédique et prothétique, afin de limiter les formalités à effectuer par le malade.

- Le malade est informé que la Caisse de Sécurité Sociale intéressée est appelée à effectuer des enquêtes à son domicile afin de s'assurer des conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention de l'Association, tant sur le plan matériel que sur le plan moral et social.

## **ANNEXE 2**



Le service d'aide sociale fait procéder à une surveillance régulière du placement. Les personnes âgées placées chez un de leurs débiteurs d'aliments ne bénéficient pas des dispositions du présent article si ce dernier n'est pas lui-même bénéficiaire de l'aide sociale.

4. L'arrêté du 5 juillet 1963 précise les conditions dans lesquelles doit s'effectuer ce placement, qui est subordonné à l'accord de la personne âgée ou handicapée (ou de la personne qui en a la charge et qui relève à présent des services d'action sociale du département).

Le placement familial résulte d'une convention de placement conclue entre le président du conseil général et chaque famille d'accueil. Il n'est pas prévu le versement à ces dernières d'un salaire, mais d'une pension dont le montant est fixé par la commission d'admission, compte tenu de l'état de santé de la personne placée et de ses ressources. Le montant de cette pension ne peut être, ni inférieur à celui de l'allocation simple à domicile, ni supérieur à un taux fixé par le conseil général dans la limite de 80 p. 100 du montant maximum de la majoration spéciale pour aide constante d'une tierce personne, ce qui représente environ 3 400 F par mois au 1<sup>er</sup> février 1986, et concerne les frais de nourriture, d'hébergement et d'entretien. Les sommes versées sont donc considérées comme des remboursements de frais prévus dans le cadre de l'exercice d'une fonction bénévole.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Secrétaire d'Etat chargé de la santé

Secrétaire d'Etat chargé des retraités  
et des personnes âgées

Direction des hôpitaux

Direction générale de la santé

Direction de la sécurité sociale

### CIRCULAIRE N° 141 DU 12 MARS 1986

relative à l'hospitalisation à domicile  
dans les établissements publics

(Non parue au Journal officiel)

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,  
porte-parole du Gouvernement,

Le secrétaire d'Etat chargé de la Santé,

Le secrétaire d'Etat chargé des retraités et des personnes âgées

à

Messieurs les préfets, commissaires de la République de région,

Directions régionales des affaires sanitaires et sociales,

Direction régionale de la Sécurité sociale Antilles-Guyane,

Direction régionale de la Sécurité sociale de la Réunion,

Madame et messieurs les préfets commissaires de la République de département,

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

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

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

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

La mise en place des unités d'hospitalisation à domicile s'effectue dans le cadre de la dotation globale. L'article 31 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier, précise qu'un tarif journalier de l'hospitalisation à domicile doit néanmoins être fixé. Ce tarif sert de base à la facturation des prestations à des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, au calcul de la participation éventuellement laissée à la charge des assurés et à l'exercice des recours contre les tiers.

Nous vous rappelons, par ailleurs, que le forfait journalier n'est pas applicable aux malades admis en hospitalisation à domicile.

Nous précisons que l'hospitalisation à domicile vient se substituer à l'hospitalisation de type traditionnel. C'est pourquoi nous vous invitons à prendre contact avec les directeurs d'établissements hospitaliers pour examiner avec eux les possibilités de création d'unités d'hospitalisation à domicile. Il est souhaitable de mener sur ce thème un large débat au sein des organismes délibératifs et consultatifs compétents.

Les procédures de révision de programmes doivent être l'occasion d'examiner la création de lits d'hospitalisation à domicile par diminution du nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle. C'est, par ailleurs, dans le cadre de la préparation et de l'approbation du budget, que les moyens nécessaires au fonctionnement de l'hospitalisation à domicile devront être dégagés, le plus souvent par redéploiement interne, à défaut, par redéploiement départemental.

Enfin, nous vous précisons que cette forme de soins ne pourra se développer que si une large information est assurée, d'abord auprès des établissements, puis, lorsqu'elle existe, auprès des malades au moment de l'accueil dès lors qu'ils répondent aux conditions d'admission en hospitalisation à domicile.

*Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,  
porte-parole du Gouvernement.*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur du cabinet,*

MICHEL GAGNEUX

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales  
et de la solidarité nationale,  
porte-parole du Gouvernement.*

*chargé de la santé,*

Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :

*Le directeur du cabinet,*

G. RIMAREIX

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales  
et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement,  
chargé des retraités et des personnes âgées.*

J. FRANCHESCHI

### I. - Champ de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être de nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.

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

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

Il convient toutefois de rappeler que les malades mentaux sont pris en charge selon les règles propres à la sectorisation psychiatrique. En ce qui concerne les autres pathologies, les limitations prévues par la circulaire n° 2577 du 19 octobre 1974 précitée ne trouvent plus de justification aujourd'hui.

Même des soins comme la dialyse, la nutrition entérale et parentérale, les techniques de chronothérapie par pompes externes, le pompage à insulines implantables, la ventilation artificielle et l'utilisation d'appareils d'oxygénothérapie peuvent être effectués à domicile par le malade ou sa famille dès lors qu'ils ont reçu une formation adaptée et que la maintenance des équipements est assurée.

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

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

Un service d'hospitalisation à domicile peut être créé et géré par un établissement d'hospitalisation publique après délibération du conseil d'administration approuvée par le représentant de l'Etat dans le département. Il convient de rechercher chaque fois que cela est possible la plus large participation des professionnels de santé du secteur libéral. Le personnel peut être, en effet, le salarié de l'établissement ou appartenir au secteur libéral et lié par convention à l'établissement considéré. L'hospitalisation à domicile doit favoriser le développement de la collaboration entre les structures hospitalières et les médecins et soignants de ville.

Le service d'hospitalisation à domicile faisant intervenir une équipe médicale et paramédicale, il est souhaitable que la coordination des soins soit réalisée par un cadre infirmier permanent et expérimenté.

Selon les termes de la loi n° 1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, c'est le médecin traitant choisi par le malade qui assure le traitement et la surveillance des soins.

Le passage par l'établissement hospitalier demeure un préalable à toute admission en hospitalisation à domicile.

Toutefois, comme le conseil d'Etat l'a confirmé, l'hospitalisation au domicile peut être prescrite au cours d'une consultation externe : l'hospitalisation avec hébergement en établissement n'est pas une condition préalable.

# ANNEXE 3



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 à domicile.

« Elles comprennent :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

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

BERNARD KOUCHNER

*Le ministre de l'agriculture et de la forêt,*

LOUIS MERMAZ

*Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,*

RENÉ TEULADE

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

NOR : SANH9201675D

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, et notamment ses articles L. 712-2, L. 712-9, L. 712-10, R. 712-2-1 à R. 712-2-4 et D. 712-13-1 ;

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

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

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

Décète :

Art. 1<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'ar-

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 œuvre optimale des protocoles de soins ;

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

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

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

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

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

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

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

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

« 1° D'un médecin qualifié ;

« 2° D'un infirmier ou, pour la réadaptation fonctionnelle, 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 œuvre des dispositions mentionnées à l'article D. 712-33 ;

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

#### « Paragraphe 2

##### « Des structures dites d'hospitalisation à domicile

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 1° Les principes généraux de son fonctionnement médical ;

« 2° La qualification du médecin coordonnateur ;

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

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

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

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

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

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

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

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

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

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

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

NOR : SANP9202550A

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

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

NOR : SANP9202551A

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

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

NOR : SANP9202552A

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

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

NOR : SANP9202553A

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

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

## MINISTÈRE DES DÉPARTEMENTS ET TERRITOIRES D'OUTRE-MER

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

NOR : DOMP9200022D

Le Premier ministre,

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

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

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

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

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

Décrète :

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

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

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

- de l'adresse de l'immeuble où est situé le centre ainsi que le plan des locaux avec l'indication de leur affectation ;
- des adresses de laboratoires d'analyses avec lesquels le centre passera convention pour le traitement des examens biologiques nécessaires aux activités de planification familiale.

Art. 2. - L'instruction du dossier de demande d'agrément est confié au médecin responsable du service de protection maternelle et infantile du département du lieu d'implantation du centre.

Le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile adresse au président du conseil général du département le dossier instruit et revêtu de son avis.

Art. 3. - Le refus d'agrément du président du conseil général doit être motivé. L'agrément ou le refus d'agrément sont notifiés par lettre recommandée avec accusé de réception.

Art. 4. - L'avis du président du conseil général concernant la création ou l'extension d'un centre de planification ou d'éducation familiale relevant d'une collectivité publique, prévu par l'article 4 de la loi du 28 décembre 1967 susvisée, est précédé de la remise par la collectivité publique concernée :

- de la liste des personnels techniques et administratifs qui doivent exercer dans ce centre, mentionnant leurs diplômes, leurs titres et leurs fonctions ;
- du descriptif des installations destinées aux activités concernées ;
- du règlement intérieur du centre tel que défini au dernier alinéa de l'article 1<sup>er</sup> du présent arrêté.

Art. 5. - Les locaux des centres de planification ou d'éducation familiale, qu'ils relèvent d'une collectivité publique ou d'un organisme privé, doivent être conformes aux règlements de sécurité et avoir reçu l'avis de conformité délivré par la commission de sécurité du département. Ils doivent satisfaire au règlement sanitaire du département.

Ils doivent être correctement éclairés, aérés, chauffés et disposer des installations et du matériel nécessaires aux consultations gynécologiques. Le centre doit disposer d'une réserve à pharmacie fermant à clé.

La disposition des locaux doit permettre l'exercice de toutes les activités définies à l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 92-874 du 6 août 1992 susvisé.

Art. 6. - Chaque consultant doit posséder un dossier individuel. Ce dossier comporte le relevé des examens cliniques et biologiques et leurs résultats. Ces dossiers, régulièrement mis à jour, sont classés dans un meuble fermant à clé ; un médecin désigné en a la responsabilité.

Art. 7. - Les locaux et l'organisation du travail du centre doivent permettre le respect des règles du secret professionnel.

Art. 8. - L'arrêté du 29 août 1975 donnant délégation aux préfets pour l'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale et le titre II de l'arrêté du 24 octobre 1980 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale sont abrogés.

Art. 9. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 5 novembre 1992.

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

*Le secrétaire d'Etat à la famille,*  
aux personnes âgées et aux rapatriés,  
LAURENT CATHALA

## MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION HUMANITAIRE

**Arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux modalités et au contenu de la déclaration prévue à l'article 24 de la loi n° 91-748 modifiée portant réforme hospitalière**

NOR : SANH9202949A

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

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

Vu le 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, et notamment son article 2,

Arrête :

Art. 1<sup>er</sup>. - Pour poursuivre leur activité, les établissements de santé publics et privés qui comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation à la date de publication de la loi du 31 juillet 1991 susvisée sont tenus d'adresser au préfet de région une déclaration sous pli recommandé avec demande d'avis de réception dans le délai prévu à l'article 2 du décret du 2 octobre 1992 susvisé.

Cette déclaration doit être conforme, selon les cas, à une ou plusieurs des déclarations types annexées au présent arrêté.

Art. 2. - Au vu de la déclaration mentionnée à l'article 1<sup>er</sup>, le préfet de région apprécie pour chaque structure de soins sa consistance et son activité au regard des critères suivants :

I. - Dans le cas d'une structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire :

1<sup>o</sup> Existence d'un secteur opératoire adapté aux activités pratiquées, situé dans l'établissement où elles sont exercées ;

2<sup>o</sup> Existence d'un ou plusieurs espaces de repos individualisés, équipés de lits ou fauteuils exclusivement destinés aux patients pris en charge par la structure et d'arrivées de fluides médicaux, à raison d'au moins une arrivée de fluides pour deux lits ;

3<sup>o</sup> Existence d'une activité minimale appréciée sur les trois derniers mois de l'année 1991. Cette activité minimale, traduite en année pleine, doit correspondre à la prise en charge d'au moins 730 patients, soit l'équivalent de deux places autorisables au sens de l'article R. 712-2-3 du code de la santé publique.

II. - Dans le cas d'une structure d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit :

1<sup>o</sup> Existence de lits ou fauteuils exclusivement destinés à l'activité pratiquée ;

2<sup>o</sup> Existence d'un poste de soins infirmiers individualisé ;

3<sup>o</sup> Existence d'une activité minimale appréciée selon les mêmes modalités que celles prévues au I (3<sup>o</sup>) du présent article.

Par dérogation aux dispositions du 3<sup>o</sup> ci-dessus, les activités de chimiothérapie ambulatoire sont appréciées en fonction des données fournies pour ces activités dans la déclaration type correspondante figurant en annexe II du présent arrêté. Pour les établissements relevant de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, cette appréciation tient compte de l'existence d'une convention spécifique à la chimiothérapie passée sur le modèle de la convention type annexée à la circulaire du 4 mai 1981.

III. - Dans le cas d'une structure dite d'hospitalisation à domicile :

1<sup>o</sup> Existence de moyens et de locaux individualisés permettant notamment d'assurer la coordination des membres de l'équipe soignante et les liaisons nécessaires avec les patients pris en charge ;

2<sup>o</sup> Existence d'une activité minimale appréciée sur les trois derniers mois de l'année 1991. Cette activité minimale traduite en année pleine, doit correspondre à 730 journées au moins, soit l'équivalent de deux places autorisables au sens de l'article R. 712-2-3 du code de la santé publique.

Art. 3. - La vérification des informations contenues dans la déclaration mentionnée à l'article 1<sup>er</sup> susvisé permettant d'apprécier la consistance et l'activité de la structure peut être faite notamment au moyen de demandes d'informations complémentaires écrites ou de visites effectuées sur place.

Ces visites sont effectuées par un médecin inspecteur de santé publique ou tout autre représentant qualifié du ministère de la santé ou par un médecin conseil de l'un des régimes d'assurance maladie.

Ces visites peuvent, le cas échéant, être effectuées conjointement par le représentant des services de l'Etat et par celui des régimes d'assurance maladie mentionnés au précédent alinéa.

Art. 4. - A compter de la date de réception du pli recommandé mentionné à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, le préfet de région dispose d'un délai de quatre mois pour délivrer le récépissé mentionné à l'article 2 du décret du 2 octobre 1992 susvisé.

Art. 5. - Le directeur des hôpitaux et les préfets de région sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 novembre 1992.

Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur des hôpitaux,*  
G. VINCENT

# ANNEXES 4 A 7



**ANNEXE 4 :**

**Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le statut de l'établissement et la catégorie du personnel (Groupement de niveau 2)**

**ANNEXE 5 :**

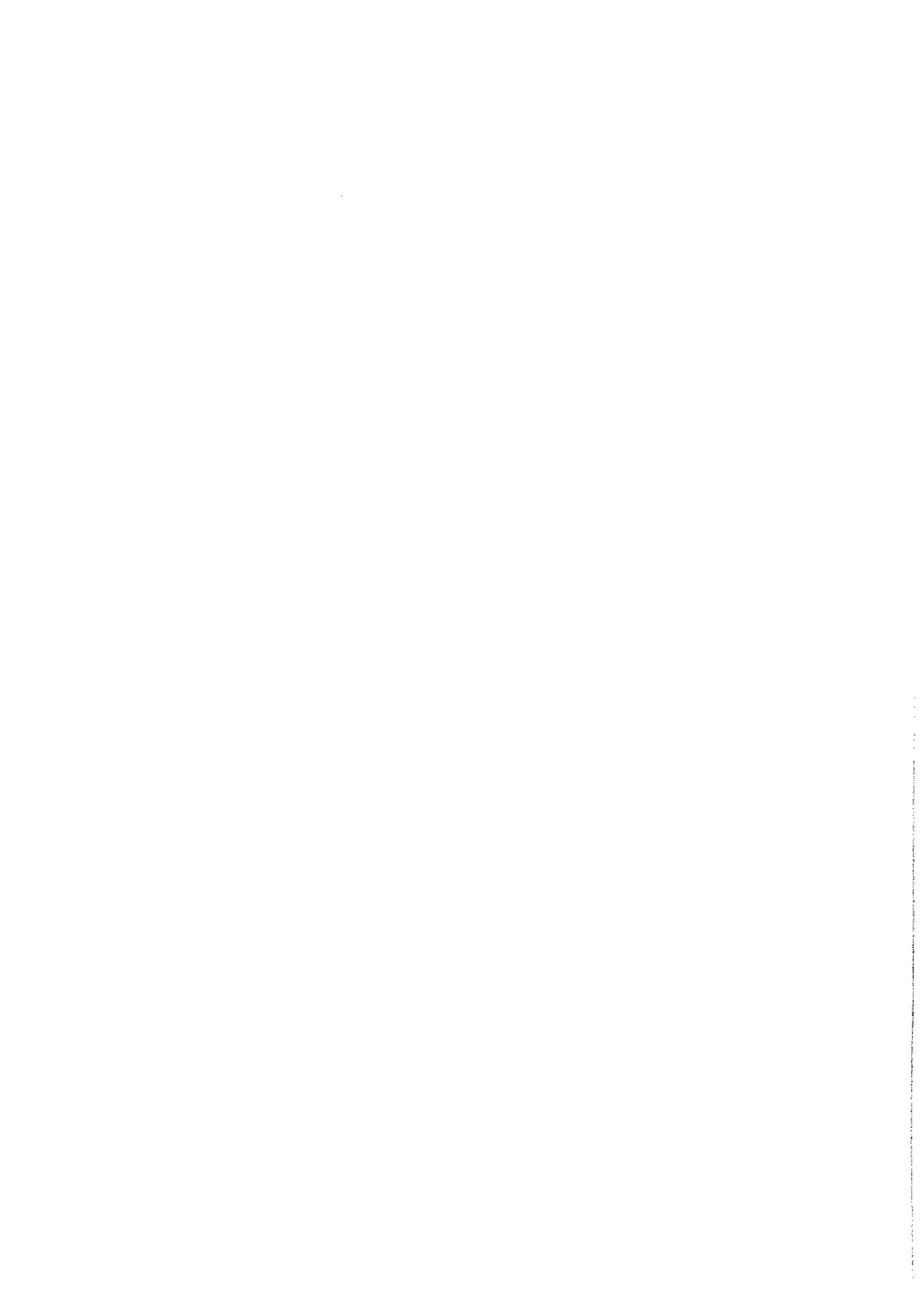
**Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le type de structure et la catégorie du personnel (Groupement de niveau 2)**

**ANNEXE 6 :**

**Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le statut de l'établissement et la catégorie du personnel (Groupement de niveau 3)**

**ANNEXE 7 :**

**Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le type de structure et la catégorie du personnel (Groupement de niveau 3)**



ANNEXE 4

CATEGORIE DU PERSONNEL (groupement de niveau 2)	Code	Statut				Ensemble	
		Ensemble Public		Ensemble Privé non lucratif		Effectif Eq TPI	% Col. % lig.
		Effectif Eq TPI*	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.		
PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL	1	532,5	81,70% 36,84%	913,0	75,27% 63,16%	1 445,5	77,52% 100,00%
- Médecins	11	7,0	1,07% 58,33%	5,0	0,41% 41,67%	12,0	0,64% 100,00%
- Sages-femmes	12	13,0	1,99% 100,00%			13,0	0,70% 100,00%
- Infirmiers	13	339,0	52,01% 39,06%	529,0	43,61% 60,94%	868,0	46,55% 100,00%
- Puéricultrices	14	15,0	2,30% 78,95%	4,0	0,33% 21,05%	19,0	1,02% 100,00%
- Masseurs-Kinésithérapeutes	15	8,0	1,23% 27,59%	21,0	1,73% 72,41%	29,0	1,56% 100,00%
- Ergothérapeutes	16	2,0	0,31% 50,00%	2,0	0,16% 50,00%	4,0	0,21% 100,00%
- Autres auxiliaires médicaux	17	3,0	0,46% 30,00%	7,0	0,58% 70,00%	10,0	0,54% 100,00%
- Aide-soignants, Aux. puériculture	18	145,5	22,32% 29,66%	345,0	28,44% 70,34%	490,5	26,30% 100,00%
ASSISTANTS SOCIAUX	21	23,0	3,53% 43,40%	30,0	2,47% 56,60%	53,0	2,84% 100,00%
AIDE-MENAGERES	31	3,0	0,46% 3,26%	89,0	7,34% 96,74%	92,0	4,93% 100,00%
PERSONNEL ADMINISTRATIF	4	90,3	13,85% 36,51%	157,0	12,94% 63,49%	247,3	13,26% 100,00%
- Personnel de Direction	41	1,0	0,15% 9,09%	10,0	0,82% 90,91%	11,0	0,59% 100,00%
- Autres personnels de Direction	42	5,0	0,77% 11,90%	37,0	3,05% 88,10%	42,0	2,25% 100,00%
- Autres personnels administratifs	43	84,3	12,93% 43,39%	110,0	9,07% 56,61%	194,3	10,42% 100,00%
INFORMATIENS	51			5,0	0,41% 100,00%	5,0	0,27% 100,00%
PERSONNEL TECHNIQUE	6	3,0	0,46% 13,64%	19,0	1,57% 86,36%	22,0	1,18% 100,00%
- Coursiers	62			1,0	0,08% 100,00%	1,0	0,05% 100,00%
- Autres personnels techniques	63	3,0	0,46% 14,29%	18,0	1,48% 85,71%	21,0	1,13% 100,00%
ENSEMBLE		651,8	100,00% 34,95%	1 213,0	100,00% 65,05%	1 864,8	100,00% 100,00%

\* L'effectif est exprimé en Equivalents Temps Plein (Eq TPI)

## ANNEXE 5

CATEGORIE DU PERSONNEL (groupement de niveau 2)	Code	Type de structure								Ensemble	
		Public sans l'AP-HParis		AP-HParis (Public)		Privé non lucratif sans Puteaux		Santé-Service Puteaux (Pr. n.l.)			
		Effectif Eq TPI*	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.	Effectif Eq TPI	% Col. % lig.
PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL	1	144,0	68,34% 9,86%	388,5	79,48% 26,88%	460,0	82,73% 31,82%	453,0	68,85% 31,34%	1445,5	77,52% 100,00%
- Médecins	11	7,0	4,29% 58,33%			3,0	0,54% 25,00%	2,0	0,30% 18,87%	12,0	0,64% 100,00%
- Sages-femmes	12	7,0	4,29% 53,85%	6,0	1,23% 46,15%					13,0	0,70% 100,00%
- Infirmiers	13	87,0	53,37% 10,02%	252,0	51,55% 29,03%	276,0	49,64% 31,80%	253,0	38,51% 28,15%	868,0	48,55% 100,00%
- Puéricultrices	14	3,0	1,84% 12,00%	12,0	2,45% 48,00%	4,0	0,72% 16,00%			19,0	1,02% 100,00%
- Masseurs-Kinésithérapeutes	15	4,0	2,45% 13,78%	4,0	0,82% 13,78%	20,0	3,60% 68,87%	1,0	0,15% 3,45%	29,0	1,56% 100,00%
- Ergothérapeutes	16			2,0	0,41% 50,00%	2,0	0,36% 50,00%			4,0	0,21% 100,00%
- Autres auxiliaires médicaux	17			3,0	0,61% 30,00%	2,0	0,36% 20,00%	5,0	0,76% 50,00%	10,0	0,54% 100,00%
- Aide-soignants. Aux. puériculture	18	36,0	22,09% 7,34%	109,5	22,40% 22,32%	153,0	27,52% 31,19%	192,0	29,22% 39,14%	490,5	26,30% 100,00%
ASSISTANTS SOCIAUX	21	6,0	3,68% 11,32%	17,0	3,48% 32,08%	8,0	1,44% 15,09%	22,0	3,35% 41,51%	53,0	2,84% 100,00%
AIDE-MENAGERES	31	3,0	1,84% 3,26%			30,0	5,40% 32,61%	59,0	8,98% 64,13%	92,0	4,93% 100,00%
PERSONNEL ADMINISTRATIF	4	7,0	4,29% 2,83%	83,3	17,04% 33,68%	53,0	9,53% 21,43%	104,0	15,83% 42,05%	247,3	13,26% 100,00%
- Personnel de Direction	41			1,0	0,20% 9,09%	8,0	1,44% 72,73%	2,0	0,30% 18,18%	11,0	0,59% 100,00%
- Autres personnels de Direction	42			5,0	1,02% 11,90%	4,0	0,72% 9,52%	33,0	5,02% 78,57%	42,0	2,25% 100,00%
- Autres personnels administratifs	43	7,0	4,29% 3,60%	77,3	15,81% 39,78%	41,0	7,37% 21,10%	69,0	10,50% 35,51%	194,3	10,42% 100,00%
INFORMATIENS	51							5,0	0,76% 100,00%	5,0	0,27% 100,00%
PERSONNEL TECHNIQUE	6	3,0	1,84% 13,64%			5,0	0,90% 22,73%	14,0	2,13% 63,64%	22,0	1,18% 100,00%
- Coursiers	62							1,0	0,15% 100,00%	1,0	0,05% 100,00%
- Autres personnels techniques	63	3,0	1,84% 14,29%			5,0	0,90% 23,81%	13,0	1,98% 61,90%	21,0	1,13% 100,00%
ENSEMBLE		163,0	100,00% 8,74%	488,8	100,00% 26,21%	556,0	100,00% 29,83%	657,0	100,00% 35,23%	1864,8	100,00% 100,00%

\* L'effectif est exprimé en Equivalents Temps Plein (Eq TPI)

## ANNEXE 6

CATEGORIE DU PERSONNEL (Groupement de niveau 3)	Ensemble Public		Ensemble Privé non lucratif			
	Effectif Eq.TPI.	% col. % lig.	Effectif Eq.TPI.	% col. % lig.	Effectif Eq.TPI.	% col. % lig.
Médecin	5,0	0,77% 50,00%	5,0	0,41% 50,00%	10,0	0,54% 100,00%
Interne	2,0	0,31% 100,00%			2,0	0,11% 100,00%
Sages Femmes	13,0	1,99% 100,00%			13,0	0,70% 100,00%
Infirmier ou Surveillant Général	7,0	1,07% 36,84%	12,0	0,99% 63,16%	19,0	1,02% 100,00%
Infirmier Surveillant ou Coordinateur	35,0	5,37% 26,12%	99,0	8,16% 73,88%	134,0	7,19% 100,00%
Infirmier	297,0	45,57% 41,54%	418,0	34,46% 58,46%	715,0	38,34% 100,00%
Puéricultrice	15,0	2,30% 88,24%	2,0	0,16% 11,76%	17,0	0,91% 100,00%
Elève Puéricultrice			2,0	0,16% 100,00%	2,0	0,11% 100,00%
Masseur Kinésithérapeute	8,0	1,23% 27,59%	21,0	1,73% 72,41%	29,0	1,56% 100,00%
Ergothérapeute	2,0	0,31% 50,00%	2,0	0,16% 50,00%	4,0	0,21% 100,00%
Orthophoniste			1,0	0,08% 100,00%	1,0	0,05% 100,00%
Diététicienne	3,0	0,44% 33,33%	6,0	0,49% 66,67%	9,0	0,48% 100,00%
Aide Soignant, Agent Hospitalier	145,5	22,32% 29,66%	145,0	26,44% 70,34%	490,5	26,30% 100,00%
Assistant Social	23,0	3,53% 43,40%	30,0	2,47% 56,60%	53,0	2,84% 100,00%
Aide Ménagère	3,0	0,46% 3,26%	89,0	7,34% 96,74%	92,0	4,93% 100,00%
Directeur	1,0	0,15% 11,11%	8,0	0,66% 88,89%	9,0	0,48% 100,00%
Directeur Adjoint			2,0	0,16% 100,00%	2,0	0,11% 100,00%
Autre Personnel de Direction			1,0	0,08% 100,00%	1,0	0,05% 100,00%
Secrétaire de direction	1,0	0,15% 33,33%	2,0	0,16% 66,67%	3,0	0,16% 100,00%
Chef de Bureau	4,0	0,61% 33,33%	8,0	0,66% 66,67%	12,0	0,64% 100,00%
Directeur d'Unité			5,0	0,41% 100,00%	5,0	0,27% 100,00%
Chef de Département			3,0	0,25% 100,00%	3,0	0,16% 100,00%
Attaché, Assistant de Direction			18,0	1,48% 100,00%	18,0	0,97% 100,00%
Autre Personnel Administratif SAI			14,0	1,15% 100,00%	14,0	0,75% 100,00%
Secrétaire Médicale	50,3	7,72% 70,55%	21,0	1,73% 29,45%	71,3	3,82% 100,00%
Secrétaire SAI	33,0	5,06% 58,93%	23,0	1,90% 41,07%	56,0	3,00% 100,00%
Comptable			2,0	0,16% 100,00%	2,0	0,11% 100,00%
Aide Comptable			2,0	0,16% 100,00%	2,0	0,11% 100,00%
Employé de Bureau Administratif	1,0	0,15% 2,78%	35,0	2,89% 97,22%	36,0	1,93% 100,00%
Adjoint des Cadres, Agents Principaux			7,0	0,58% 100,00%	7,0	0,38% 100,00%
Standardiste			6,0	0,49% 100,00%	6,0	0,32% 100,00%
Informaticien			5,0	0,41% 100,00%	5,0	0,27% 100,00%
Courrier			1,0	0,08% 100,00%	1,0	0,05% 100,00%
Agent de Service Hospitalier	1,0	0,15% 33,33%	2,0	0,16% 66,67%	3,0	0,16% 100,00%
Transporteur Installateur de Matériel			1,0	0,08% 100,00%	1,0	0,05% 100,00%
Magasinier			6,0	0,49% 100,00%	6,0	0,32% 100,00%
Entretien CES	2,0	0,31% 66,67%	1,0	0,08% 33,33%	3,0	0,16% 100,00%
Responsable du matériel			1,0	0,08% 100,00%	1,0	0,05% 100,00%
Conducteur Autos			4,0	0,33% 100,00%	4,0	0,21% 100,00%
Stérilisatrice			3,0	0,25% 100,00%	3,0	0,16% 100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>651,8</b>	<b>100,00% 34,95%</b>	<b>1213,0</b>	<b>100,00% 65,05%</b>	<b>1864,8</b>	<b>100,00% 100,00%</b>

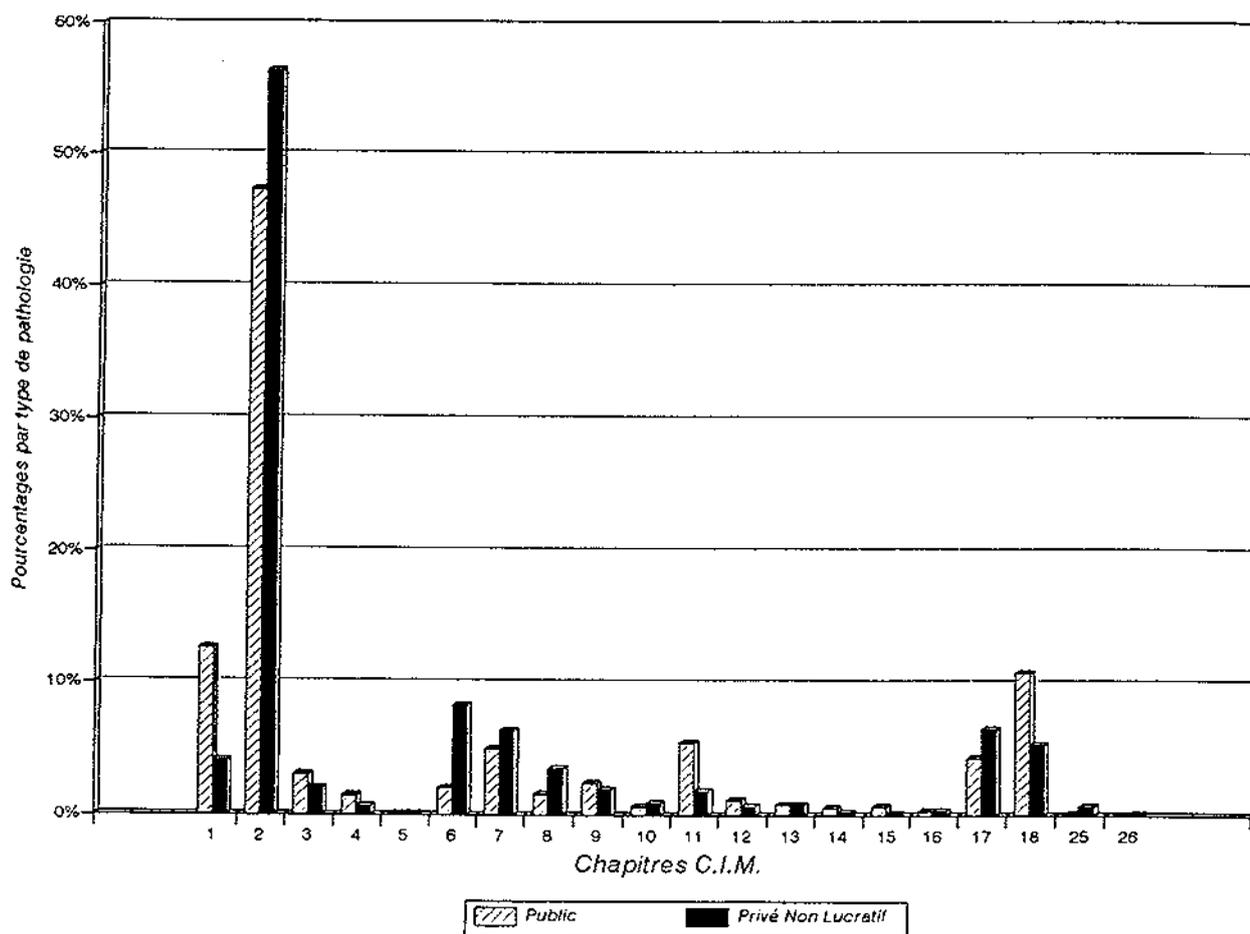
## ANNEXE 7

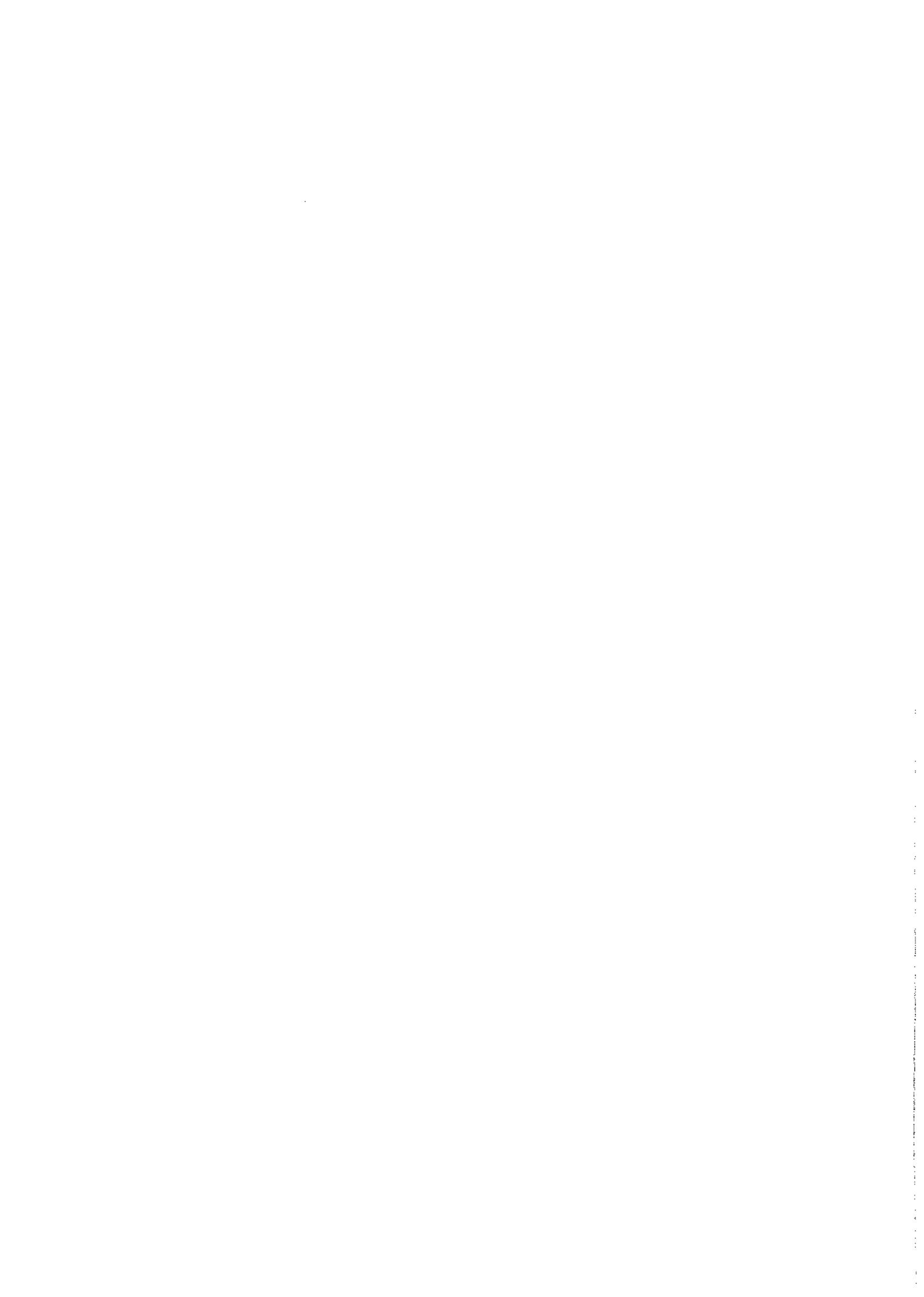
CATEGORIE DU PERSONNEL (Groupement de Niveaux 3)	Public non AP-HParis		AP-HParis		Privé non Puteaux		Puteaux		Ensemble	
	Effectif	% col.	Effectif	% col.	Effectif	% col.	Effectif	% col.	Effectif	% col.
	Eq.TPL	% lig.	Eq.TPL	% lig.	Eq.TPL	% lig.	Eq.TPL	% lig.	Eq.TPL	% lig.
Médecin	5,0	3,07%			3,0	0,54%	2,0	0,30%	10,0	0,54%
		50,00%				30,00%		20,00%		100,00%
Interne	2,0	1,23%							2,0	0,11%
		100,00%								100,00%
Sages Femmes	7,0	3,68%	6,0	1,23%					13,0	0,70%
		53,85%		46,15%						100,00%
Infirmier ou Surveillant Général			7,0	1,43%	8,0	1,44%	4,0	0,61%	19,0	1,02%
				36,84%		42,11%		21,05%		100,00%
Infirmier ou Surveillant Coordinateur	10,0	6,13%	25,0	5,11%	57,0	10,25%	42,0	6,39%	134,0	7,19%
		7,46%		18,66%		42,54%		31,34%		100,00%
Infirmier	77,0	47,24%	220,0	45,01%	211,0	37,95%	207,0	31,51%	715,0	38,34%
		10,77%		30,77%		29,51%		28,95%		100,00%
Puéricultrice	3,0	1,84%	12,0	2,45%	2,0	0,36%			17,0	0,91%
		17,65%		70,59%		11,76%				100,00%
Elève Puéricultrice					2,0	0,36%			2,0	0,11%
						100,00%				100,00%
Masseur Kinésithérapeute	4,0	2,45%	4,0	0,82%	20,0	3,60%	1,0	0,15%	29,0	1,56%
		13,79%		13,79%		68,97%		3,45%		100,00%
Ergothérapeute			2,0	0,41%	2,0	0,36%			4,0	0,21%
				50,00%		50,00%				100,00%
Orthophoniste					1,0	0,18%			1,0	0,05%
						100,00%				100,00%
Diététicienne			3,0	0,61%	1,0	0,18%	5,0	0,76%	9,0	0,48%
				33,33%		11,11%		55,56%		100,00%
Aide Soignant, Agent Hospitalier	36,0	22,09%	109,5	22,40%	153,0	27,52%	192,0	29,22%	490,5	26,30%
		7,34%		22,32%		31,19%		39,14%		100,00%
Assistant Social	6,0	3,68%	17,0	3,48%	8,0	1,44%	22,0	3,35%	53,0	2,84%
		11,32%		32,08%		15,09%		41,51%		100,00%
Aide Ménagère	3,0	1,84%			30,0	5,40%	59,0	8,98%	92,0	4,93%
		3,26%				32,61%		64,13%		100,00%
Directeur			1,0	0,20%	7,0	1,26%	1,0	0,15%	9,0	0,48%
				11,11%		77,78%		11,11%		100,00%
Directeur Adjoint					1,0	0,18%	1,0	0,15%	2,0	0,11%
						50,00%		50,00%		100,00%
Autre Personnel de Direction					1,0	0,18%			1,0	0,05%
						100,00%				100,00%
Secrétaire de Direction			1,0	0,20%	2,0	0,36%			3,0	0,16%
				33,33%		66,67%				100,00%
Chef de Bureau			4,0	0,82%	1,0	0,18%	7,0	1,07%	12,0	0,64%
				33,33%		8,33%		58,33%		100,00%
Directeur d'Unité							5,0	0,76%	5,0	0,27%
								100,00%		100,00%
Chef de Département							3,0	0,46%	3,0	0,16%
								100,00%		100,00%
Attaché, Assistant de Direction							18,0	2,74%	18,0	0,97%
								100,00%		100,00%
Autre Personnel Administratif SAI					14,0	2,52%			14,0	0,75%
						100,00%				100,00%
Secrétaire Médicale	4,0	2,45%	46,3	9,47%	1,0	0,18%	20,0	3,04%	71,3	3,82%
		5,61%		64,94%		1,40%		26,05%		100,00%
Secrétaire SAI	3,0	1,84%	30,0	6,14%	12,0	2,16%	11,0	1,67%	56,0	3,00%
		5,36%		53,57%		21,43%		19,64%		100,00%
Comptable					2,0	0,36%			2,0	0,11%
						100,00%				100,00%
Aide Comptable					2,0	0,36%			2,0	0,11%
						100,00%				100,00%
Employé de Bureau Administratif			1,0	0,20%	6,0	1,08%	29,0	4,41%	36,0	1,93%
				2,78%		16,67%		80,56%		100,00%
Adjoint des Cadres, Agents Principaux							7,0	1,07%	7,0	0,38%
								100,00%		100,00%
Standardiste					4,0	0,72%	2,0	0,30%	6,0	0,32%
						66,67%		33,33%		100,00%
Informaticien							5,0	0,76%	5,0	0,27%
								100,00%		100,00%
Coursier							1,0	0,15%	1,0	0,05%
								100,00%		100,00%
Agent de Service Hospitalier	1,0	0,61%					2,0	0,30%	3,0	0,16%
		33,33%						66,67%		100,00%
Transporteur Installateur de Matériel					1,0	0,18%			1,0	0,05%
						100,00%				100,00%
Magasinier					3,0	0,54%	3,0	0,46%	6,0	0,32%
						50,00%		50,00%		100,00%
Entretien CES	2,0	1,23%					1,0	0,15%	3,0	0,16%
		66,67%						33,33%		100,00%
Responsable du Matériel					1,0	0,18%			1,0	0,05%
						100,00%				100,00%
Conducteur Autos							4,0	0,61%	4,0	0,21%
								100,00%		100,00%
Stérilisatrice							3,0	0,46%	3,0	0,16%
								100,00%		100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>163,0</b>	<b>100,00%</b>	<b>488,8</b>	<b>100,00%</b>	<b>556,0</b>	<b>100,00%</b>	<b>657,0</b>	<b>100,00%</b>	<b>1864,8</b>	<b>100,00%</b>
		8,74%		26,21%		29,82%		35,23%		100,00%

# **ANNEXE 8**



## Pathologies rencontrées en H.A.D. en 1991 selon le statut de la structure





# **ANNEXES 9 ET 9 BIS**



## **ANNEXE 9 :**

**Répartition des maladies prises en charge en H.A.D. selon la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) de l'O.M.S. en 1982 et 1991 par l'ensemble des structures d'H.A.D.**

## **ANNEXE 9 BIS :**

**Répartition des maladies prises en charge en H.A.D. selon la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) de l'O.M.S. en 1982 et 1991 par l'AP-HP et Santé Service de Puteaux**

## ANNEXE 9

Codes C.I.M.	Chapitres C.I.M.	Maladies traitées en H.A.D. Ensemble des structures			
		1982 Effectif	% col.	1991 Effectif	% col.
1	Maladies infectieuses et parasitaires	94	0,61%	2 386	7,00%
2	Tumeurs	7 298	47,64%	18 108	53,16%
3	Maladies endocriniennes, Nutrition, Métabolisme et troubles immunitaires	370	2,42%	805	2,36%
4	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	106	0,69%	309	0,91%
5	Troubles mentaux	72	0,47%	29	0,09%
6	Maladies du système nerveux, NC oeil ni oreille	1 246	8,13%	2 102	6,17%
7	Maladies de l'appareil circulatoire	2 246	14,66%	2 006	5,89%
8	Maladies de l'appareil respiratoire, NC voies aériennes supérieures	381	2,49%	956	2,81%
9	Maladies de l'appareil digestif, NC bouche, dents	340	2,22%	690	2,03%
10	Maladies des organes génito-urinaires	246	1,61%	279	0,82%
11	Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	355	2,32%	1 022	3,00%
12	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	351	2,29%	251	0,74%
13	Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	376	2,45%	263	0,77%
14	Anomalies congénitales	136	0,89%	109	0,32%
15	Certaines affections d'origine périnatale	45	0,29%	78	0,23%
16	Symptômes, signes et états morbides mal définis	284	1,85%	90	0,26%
17	Lésions traumatiques et empoisonnements YC causes extérieures	1 355	8,85%	1 950	5,72%
18	Autres motifs de recours aux services de santé	17	0,11%	2 464	7,23%
25	Maladies de l'oeil et de ses annexes			155	0,46%
26	Maladies des oreilles, nez et larynx			11	0,03%
<b>TOTAL DES PATHOLOGIES</b>		<b>15 318</b>	<b>100,00%</b>	<b>34 063</b>	<b>100,00%</b>

## ANNEXE 9 BIS

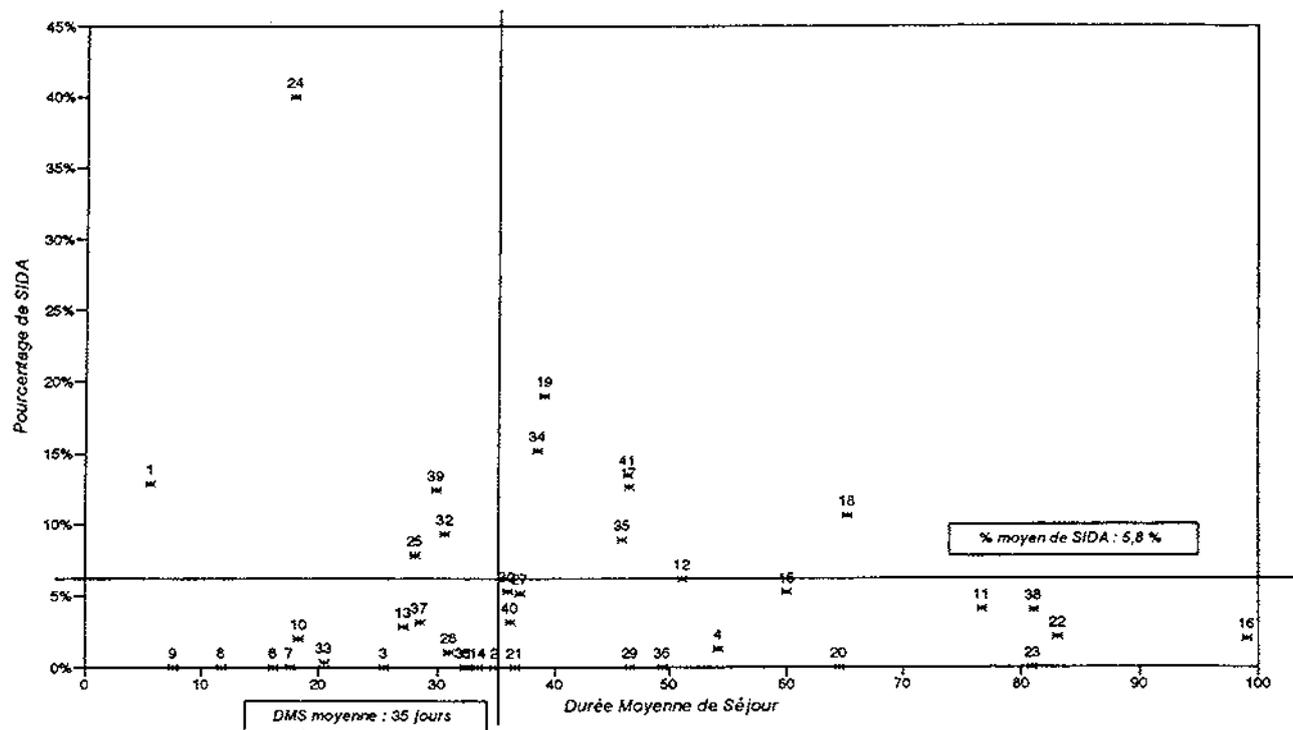
Codes C.I.M.	Maladies traitées en H.A.D.							
	AP-HP (Public)				Puteaux (Privé non lucratif)			
	1982 Effectif	% col.	1991 Effectif	% col.	1982 Effectif	% col.	1991 Effectif	% col.
1	64	1,29%	1 120	13,79%	4	0,08%	398	3,15%
2	1 433	28,89%	4 667	52,76%	4 261	83,70%	9 286	73,58%
3	221	4,45%	288	3,26%	47	0,92%	197	1,56%
4	39	0,79%	91	1,03%	16	0,31%	94	0,74%
5	21	0,42%	0	0,00%	5	0,10%	0	0,00%
6	351	7,08%	124	1,40%	173	3,40%	791	6,27%
7	967	19,49%	405	4,58%	251	4,93%	434	3,44%
8	179	3,61%	148	1,67%	57	1,12%	522	4,14%
9	159	3,20%	220	2,49%	36	0,71%	235	1,86%
10	94	1,89%	55	0,62%	15	0,29%	121	0,96%
11	308	6,21%	429	4,85%	11	0,22%	29	0,23%
12	221	4,45%	102	1,15%	14	0,27%	38	0,30%
13	170	3,43%	70	0,79%	45	0,88%	56	0,44%
14	76	1,53%	62	0,70%	27	0,53%	0	0,00%
15	18	0,36%	50	0,57%	8	0,16%	0	0,00%
16	160	3,23%	17	0,19%	17	0,33%	0	0,00%
17	476	9,59%	286	3,23%	93	1,83%	419	3,32%
18	4	0,08%	612	6,92%	11	0,22%	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>4 961</b>	<b>100,00%</b>	<b>8 846</b>	<b>100,00%</b>	<b>5 091</b>	<b>100,00%</b>	<b>12 620</b>	<b>100,00%</b>

# **ANNEXES 10 A 14**



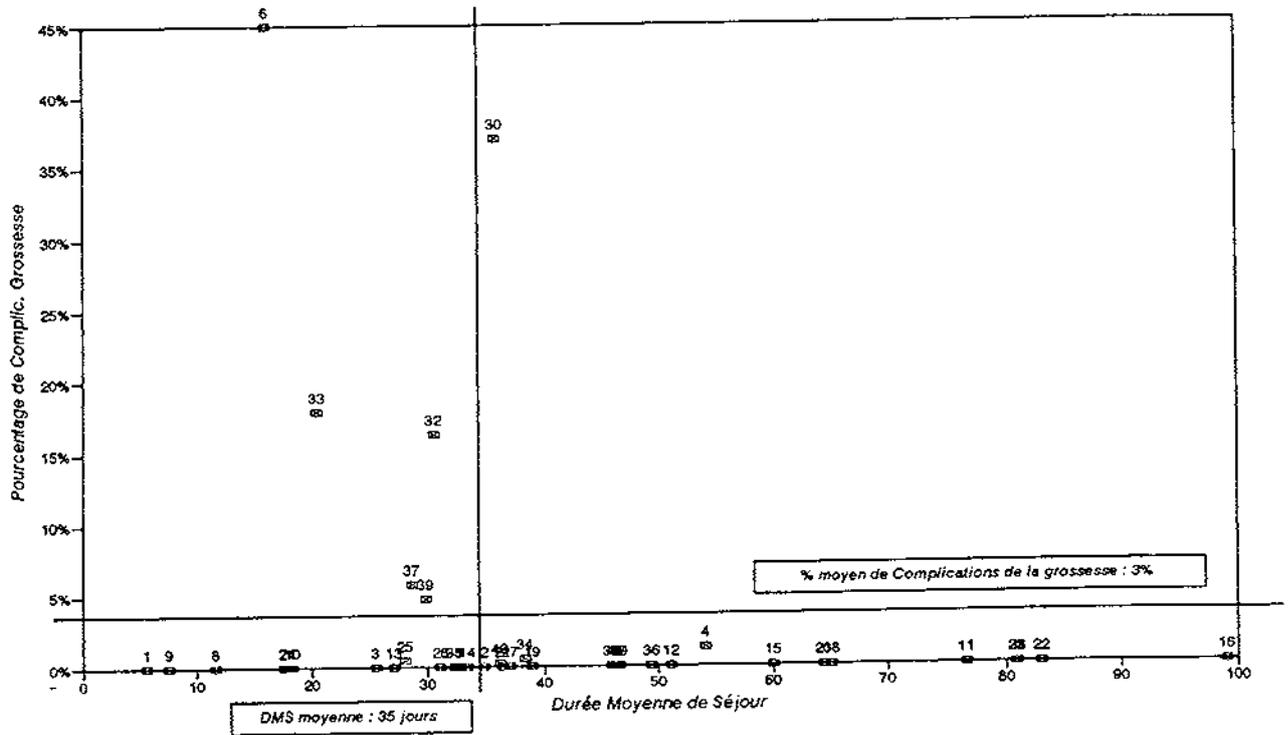
ANNEXE 10 :

Répartition des structures d'H.A.D. en 1991  
selon leur D.M.S. et leur pourcentage de SIDA



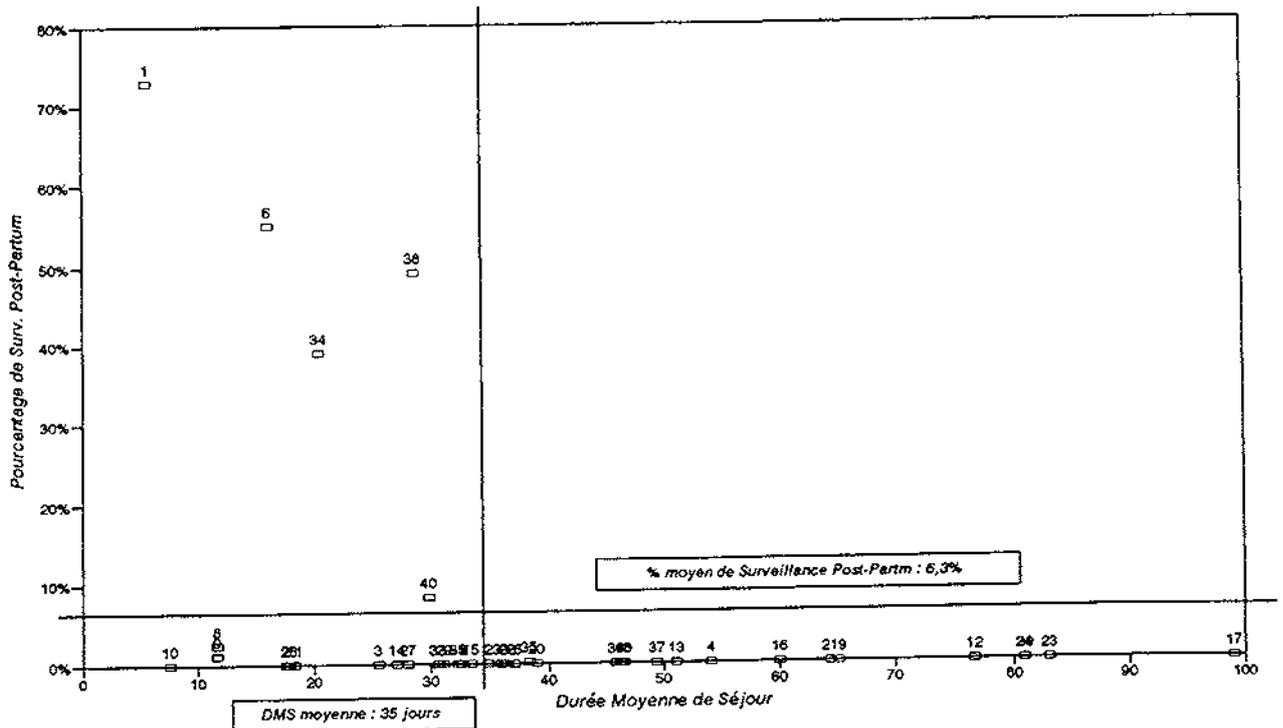
**ANNEXE 11 :**

**Répartition des structures d'H.A.D. en 1991  
selon leur D.M.S. et leur pourcentage de complications de grossesse**



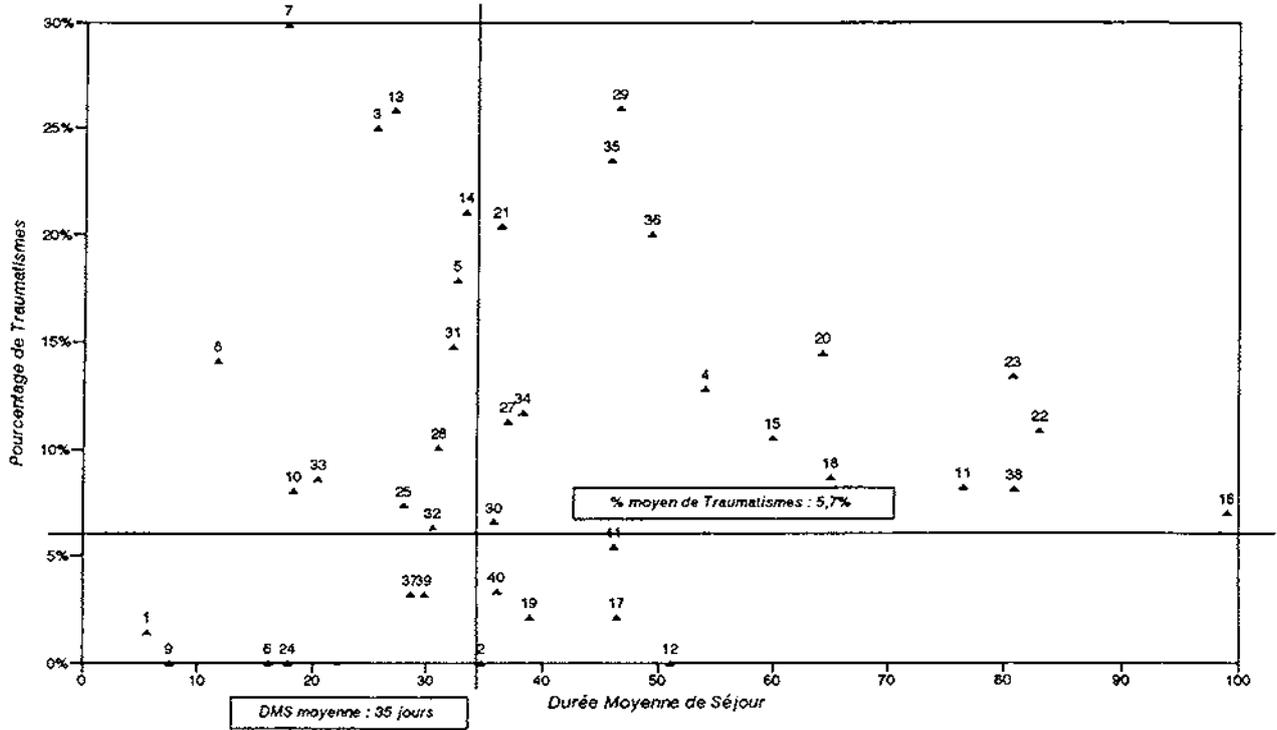
**ANNEXE 12 :**

**Répartition des structures d'H.A.D. en 1991  
selon leur D.M.S. et leur pourcentage de suites de couches normales**



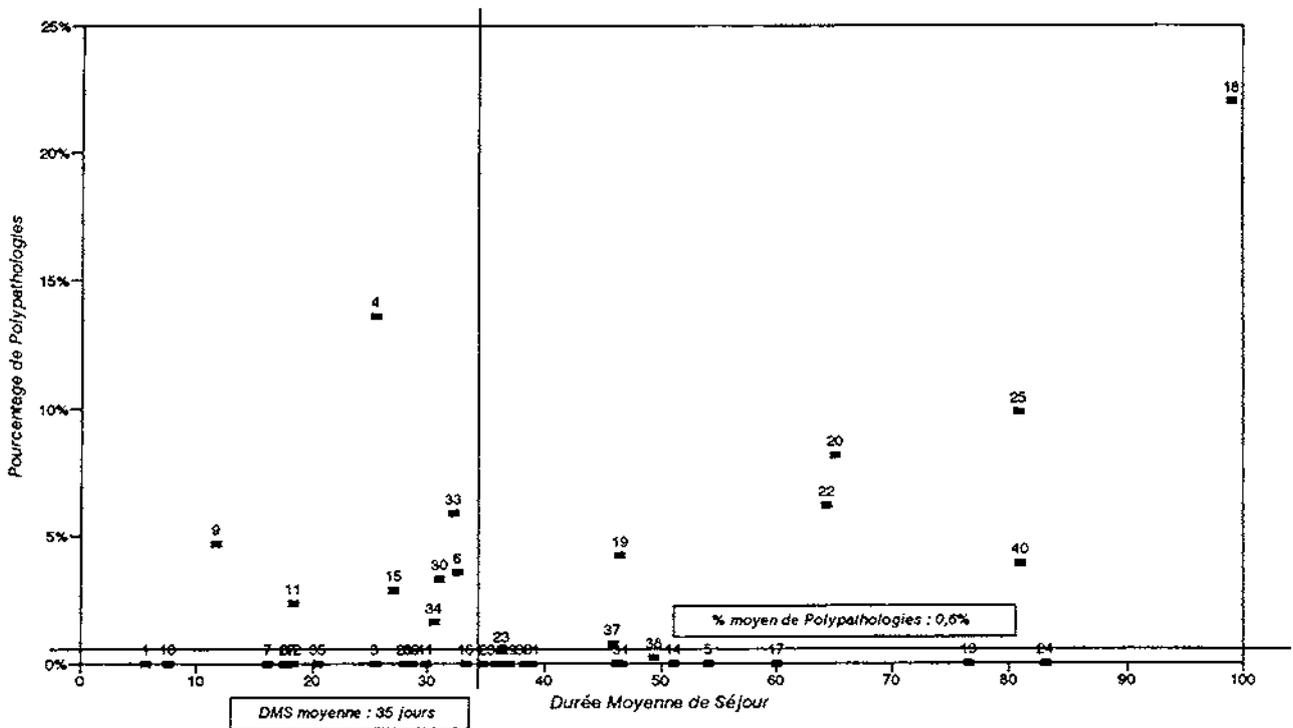
ANNEXE 13 :

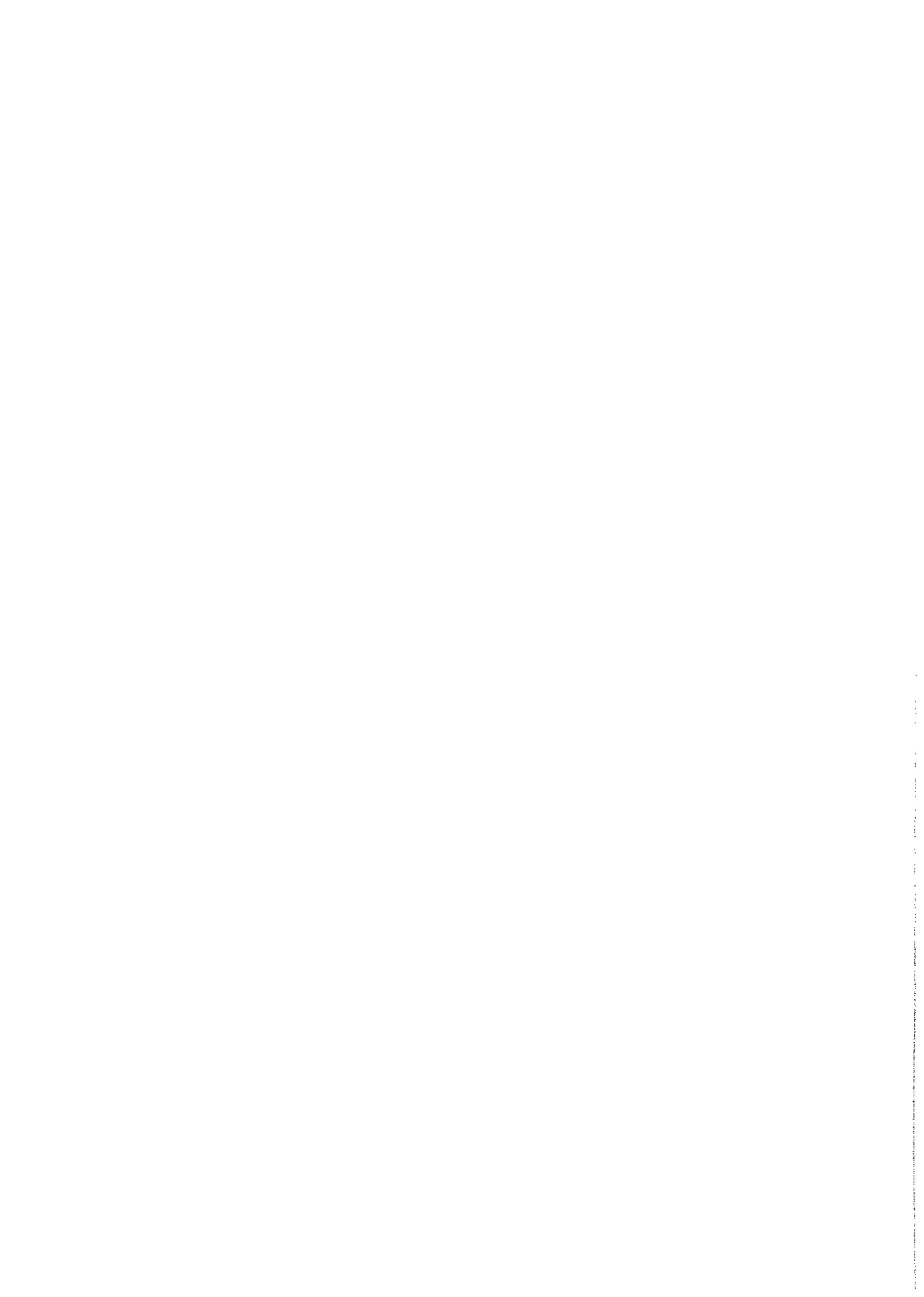
Répartition des structures d'H.A.D. en 1991  
selon leur D.M.S. et leur pourcentage de traumatismes



ANNEXE 14 :

Répartition des structures d'H.A.D. en 1991  
selon leur D.M.S. et leur pourcentage de polypathologies





# **ANNEXE 15**

**Détail des pathologies prises en charge en H.A.D. en 1991  
selon la classification Internationale des Maladies (C.I.M.) de l'O.M.S.**



# PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE EN H.A.D.

CHAPITRE NOMBRE DE		LIBELLE DE LA MALADIE OU DU CHAPITRE C.I.M.	CODES C.I.M.	POURCENTAGE SUR L'ENSEMBLE
C.I.M.	MALADIES			
NIVEAU				
I				
1	2 386	MALADIES INFECTIEUSES PARASITAIRES, dont :	2 3 FIN	7,00
1	4	TUBERCULOSE PULMONAIRE	002 011	0,01
1	1	MAL DE POTT	002 015 015099	0,01
1	8	SEPTICEMIE	004 038	0,01
1	2 192	SIDA AVERE	005 042	6,93
1	1	AUTRES FORMES DE SYPHILIS TARDIVE SYMPTOMATIQUE	012 095	0,01
1	180	MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES, AUTRES ET SANS PRECISION	016 136	0,17
2	18 108	TUMEURS, dont :		53,16
2	7	TUMEUR MALIGNE DE LA LANGUE	020 141	0,01
2	7	TUMEUR MALIGNE DE L'OE SOPHAGE	021 150	0,02
2	4	TUMEUR MALIGNE DE L'ESTOMAC	021 151	0,01
2	1 706	TUMEUR MALIGNE DU COLON	021 153	4,97
2	1 132	TUMEUR MALIGNE DU RECTUM JONCTION RECTOSIGMOIDIENNE ET ANUS	021 154	3,32
2	96	TUMEUR MALIGNE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES INTRAHEPATIQUES	021 155	0,09
2	1	TUMEUR MALIGNE DE LA VESICULE BILIAIRE ET DES VOIES BILIAIRES EXTRAHEPATIQUES	021 156	0,01
2	32	TUMEUR MALIGNE DU PANCREAS	021 157	0,09
2	54	TUMEUR MALIGNE SIEGES, AUTRES OU NON PRECISES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET PE	021 159	0,16
2	6	TUMEUR MALIGNE DES FOSSES NASALES OREILLE MOYENNE ET SINUS ANNEXES	022 160	0,01
2	2 619	TUMEUR MALIGNE DU LARYNX	022 161	7,69
2	3 329	TUMEUR MALIGNE DE LA TRACHEE, DES BRONCHES ET DU POU MON	022 162	9,77
2	1	TUMEUR MALIGNE DU THYMUS COEUR ET MEDIASTIN	022 164	0,01
2	25	TUMEUR MALIGNE DES OS ET CARTILAGE ARTICULAIRE	023 170	0,07
2	1	TUMEUR MALIGNE DU TISSU CONJONCTIF ET AUTRES TISSUS MOUS	023 171	0,01
2	2	MELANOME MALIN DE LA PEAU	023 172	0,01
2	5	AUTRES TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU	023 173	0,01
2	3 425	TUMEUR MALIGNE DU SEIN CHEZ LA FEMME	023 174	10,05
2	13	TUMEUR MALIGNE DE L'UTERUS, PARTIE NON PRECISEE	024 179	0,04
2	590	TUMEUR MALIGNE DE L'OVAIRE ET AUTRES ANNEXES UTERUS	024 183	1,73
2	20	TUMEUR MALIGNE DES ORGANES GENITAUX AUTRES OU NON PRECISES FEMME	024 184	0,06
2	486	TUMEUR MALIGNE DE LA PROSTATE	024 185	1,43
2	1	TUMEUR MALIGNE DE LA TESTICULE	024 186	0,01

2	248	TUMEUR MALIGNNE DE LA VESSIE	024 188	0,73
2	37	TUMEUR MALIGNNE DU REIN ET DES ORGANES URINAIRES AUTRES OU NON PRECISES	024 189	0,07
2	9	TUMEUR MALIGNNE DE L'OEIL	025 190	0,03
2	321	TUMEUR MALIGNNE DE L'ENCEPHALE	025 191	0,94
2	6	TUMEUR MALIGNNE DU CORPS THYROIDE	025 193	0,02
2	2 296	TUMEUR MALIGNNE DES SIEGES AUTRES ET MAL DEFINIS	025 195	6,74
2	5	CARCINOME PERITONEALE SECONDAIRE	025 197 197699	0,01
2	133	TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES AUTRES SIEGES PRECISES	025 198	0,37
2	319	TUMEUR MALIGNNE DU SIEGE AUTRE ET SANS PRECISION	025 199	0,09
2	1	LYMPHOME TYPE BURKITT SAI*	026 200 200236	0,01
2	112	MALADIE HODGKIN	026 201	0,33
2	7	LYMPHOME SAI*	026 202 202837	0,02
2	63	MYELOME MULTIPLE ET TUMEURS IMMUNOPROLIFERATIVES	026 203	0,18
2	2	LEUCEMIE LYMPHOIDE CHRONIQUE	026 204 204157	0,01
2	614	LEUCEMIES CELLULES NON PRECISEES	026 208	1,78
2	68	TUMEURS MALIGNES TISSUS LYMPHATIQUES ET HEMATOPOIETIQUES SAI*	026 209	0,20
2	2	NEUROFIBROMATOSE ( MALADIE DE VON RECKLINGHAUSEN )	029 237 237704	0,01

3 805 MALADIES ENDOCRINIENNES, NUTRITION, METABOLISME, TROUBLES IMMUNITAIRES, dont : 2,36

3	562	DIABETE SUCRE	036 250	1,03
3	7	TROUBLES DES GLANDES SURRENALES	036 255	0,02
3	1	HEMOCHROMATOSE	038 275 275099	0,01
3	1	DESHYDRATATION	038 276 276599	0,01
3	143	MUCOVISCIDOSE	038 277 277099	0,42
3	53	TROUBLES DU METABOLISME AUTRES ET SANS PRECISION	038 277	0,16

4 309 MALADIES DU SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES, dont : 0,91

4	27	THALASSEMIE	042 282 282499	0,08
4	1	APLASIE MEDULLAIRE	042 284 284899	0,01
4	6	ANEMIES AUTRES ET SANS PRECISION	042 285	0,02
4	5	PURPURA THROMBOPENIQUE AIGU	042 287 287509	0,01
4	1	TROMBOCYTOPENIE	042 287 287599	0,01
4	269	MALADIES DU SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES, AUTRES OU SANS PRECISION	042 289	0,54

5	29	TROUBLES MENTAUX, dont :		0,89
5	20	DEMENCE SENILE D'ORIGINE ORGANIQUE SAI*	045 290 290099	0,06
5	9	SYNDROME DE GLISSEMENT	047 310 310399	0,03
6	2.102	MALADIES DU SYSTEME NERVEUX NC OEL NI OREILLE, dont :		6,17
6	88	MALADIE D'ALZHEIMER	053 331 331099	0,26
6	1	AUTRES DEGENERESCENCES CEREBRALES	053 331	0,01
6	172	SYNDROME PARKINSONNIEN	053 332	0,02
6	7	SCLEROSE LATERALE AMYOTROPHIQUE	053 335 335219	0,02
6	1	SYRINGOMYELIE OU SYRINGOBULBIE	053 336 336019	0,01
6	1	AUTRES AFFECTIONS MOELLE EPINIERE	053 336	0,01
6	258	SCLEROSE EN PLAQUES	054 340	0,17
6	813	HEMIPLEGIE	054 342	2,39
6	2	PARAPLEGIE	054 344 344199	0,01
6	3	SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL	054 344 344699	0,01
6	176	AUTRES SYNDROMES PARALYTIQUES	054 344	0,52
6	1	EPILEPSIE	054 345	0,01
6	175	AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX AUTRES ET SANS PRECISION	054 349	0,51
6	3	NEURALGIE FACIALE SAI*	055 350 350999	0,01
6	1	NEUROPATHIE PERIPHERIQUE HEREDITAIRE OU IDIOPATHIQUE	055 356	0,01
6	2	POLYRADICULONEURITE SAI*	055 357 357909	0,01
6	1	MYASTHENIE SAI*	055 358 358399	0,01
6	2	MYOPATHIE SAI*	055 359 359199	0,01
7	2.006	MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE, dont :		5,89
7	5	HYPERTENSION ARTERIELLE SAI*	062 401	0,01
7	2	EMBOLIE PULMONAIRE	064 415 415199	0,01
7	1	ENDOCARDITES AIGUE ET SUBAIGUE	065 421	0,01
7	454	INSUFFISANCE CARDIAQUE	065 428	1,33
7	50	COMPLICATIONS CARDIOPATHIQUES ET MALADIES CARDIAQUES MAL DEFINIES	065 429	0,13
7	2	HEMORRAGIE CEREBRALE	066 431	0,01
7	546	MALADIES CEREBRO-VASCULAIRES AUTRES ET MAL DEFINIES	066 437	0,59
7	151	MALADIES ARTERES ARTERIOLES ET CAPILLAIRES	067	0,44
7	1	GANGRENE PAR ATHEROSCLEROSE	067 440 440299	0,01
7	454	ATHEROSCLEROSE, ARTERITE DES ARTERES PERIPHERIQUES	067 440	1,33
7	35	PHLEBITE ET THROMBOPHELEBITE	068 451	0,05
7	31	VARICES DES MEMBRES INFERIEURS	068 454	0,09

7 1 HEMORROIDES 068 455 0,01  
 7 274 AUTRES TROUBLES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE OU SANS PRECISION 068 459 0,31

8 956 MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE NC VOIES AERIENNES SUPERIEURES, dont : 2,81

8 6 PNEUMONIE BACTERIENNE SAI\* 072 482 482999 0,02  
 8 3 PNEUMONIE MICRO-ORGANISME NON PRECISE 072 486 0,01  
 8 1 BRONCHITE NON PRECISEE COMME AIGUE NI CHRONIQUE 073 490 0,01  
 8 7 BRONCHITE CHRONIQUE 073 491 0,02  
 8 551 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE 073 496 496099 1,62  
 8 7 OBSTRUCTION CHRONIQUE VOIES RESPIRATOIRES NON CLASSEE AILLEURS 073 496 0,02  
 8 1 PLEUREISIE 075 511 0,01  
 8 1 ABCES DU POUMON 075 513 513099 0,01  
 8 1 FIBROSE POST-INFLAMMATOIRE DU POUMON 075 515 0,01  
 8 101 PNEUMOPATHIE SAI\* 075 516 516099 0,30  
 8 5 OEDEME AIGU DU POUMON SAI\* 075 518 518499 0,01  
 8 209 MALADIES APPAREIL RESPIRATOIRE, AUTRES OU SANS PRECISION 075 519 0,36

9 690 MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF NC ROUCHE DENTS, dont : 2,03

9 4 ULCERE DE L'ESTOMAC 080 531 0,01  
 9 3 AUTRES MALADIES ESTOMAC ET DUODENUM 080 537 0,01  
 9 23 MALADIES OESOPHAGE ESTOMAC ET DUODENUM SANS PRECISION 080 539 0,07  
 9 3 MALADIE DE CROHN SAI\* SANS LOCALISATION 083 555 555999 0,01  
 9 1 RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE 083 556 556999 0,01  
 9 1 INFARCTUS MESENTERIQUE 083 557 557010 0,01  
 9 1 VOLVULUS DU COLON 084 560 560219 0,01  
 9 23 OCCLUSION INTESTINALE SANS MENTION HERNIE 084 560 0,07  
 9 1 SIGMOIDITE DIVERTICULAIRE 084 562 562119 0,01  
 9 2 COLOPATHIE SAI\* 084 564 564879 0,01  
 9 1 PERITONITE SAI\* SYNDROME PERITONEAL 084 567 567999 0,01  
 9 4 ABCES PERICOLIQUE 084 569 569519 0,01  
 9 45 AUTRES AFFECTIONS INTESTIN OU PERITOINE 084 569 0,12  
 9 3 CIRRHOSE DU FOIE ALCOOLIQUE 085 571 571299 0,01  
 9 3 HEPATITE CHRONIQUE 085 571 571409 0,01  
 9 4 CIRRHOSE DU FOIE SAI\* DECOMPENSEE 085 571 571519 0,01  
 9 7 AUTRES MALADIES CHRONIQUES ET CIRRHOSE DU FOIE SAI\* 085 571 0,02  
 9 5 AUTRES MALADIES VESICULE BILIAIRE 085 575 0,01  
 9 1 PANCREATITE SAI\* 085 577 577009 0,01  
 9 1 MALADIE COELIAQUE 085 579 579099 0,01  
 9 176 AUTRES MALADIES APPAREIL DIGESTIF 085 0,52

10	279	MALADIES DES ORGANES GENITO-URINAIRES, dont :	0,82
10	95	INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	0,07
10	1	INFECTIONS RENALES	0,01
10	2	AUTRES AFFECTIONS REIN ET URETERE	0,01
10	1	AUTRES AFFECTIONS VESSIE	0,01
10	15	HYPERPLASIE PROSTATE	0,04
10	1	HYDROCELE TESTICULAIRE SAI*	0,01
10	1	ORCHITE ET EPIDIDYMITTE	0,01
10	45	AUTRES AFFECTIONS ORGANES GENITAUX MASCULINS	0,13
10	1	PYOSALPINX	0,01
10	1	BARTHOLINITE	0,01
10	3	AUTRES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES OVAIRE, TROMPE, TISSU CELLULAIRE OU PERITONE PELVIEN	0,01
10	1	PROLAPSUS UTERUS + VESSIE	0,01
10	20	AUTRES AFFECTIONS ORGANES GENITAUX FEMME	0,06

11	1 022	GROSSESSE ACCOUCHEMENT ET SUITES DE COUCHES, dont :	3,00
11	1	GROSSESSE EXTRA UTERINE	0,01
11	1	PLACENTA PRAEVIA	0,01
11	12	TOXEMIE GRAVIDIQUE	0,04
11	788	MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	2,31
11	102	AUTRES COMPLICATIONS GROSSESSE NON CLASSEES AILLEURS	0,30
11	1	DIABETE GRAVIDIQUE	0,01
11	2	GROSSESSE GEMELLAIRE	0,01
11	3	FAIBLE CROISSANCE FOETALE	0,01
11	1	EMBOLIE PULMONAIRE OBSTETRICALE	0,01

12	251	MALADIES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANE, dont :	0,74
12	2	AUTRES PHLEGMONS ET ABCES	0,01
12	1	DERMATOSES ERYTHEMATOSQUEMEUSES	0,01
12	1	DERMITE CONTACT ET AUTRES ECZEMAS	0,01
12	1	PSORIASIS	0,01
12	15	PRURIT ET AFFECTIONS APPARENTEES	0,04
12	59	ESCARRES	0,17
12	24	ULCERATIONS CHRONIQUES PEAU	0,07
12	63	AUTRES MALADIES PEAU ET TISSU SOUS-CUTANE	0,19

13	263	MALADIES DU SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE MUSCLES ET TISSU CONJONCTIF, dont :	0,77
13	3	ARTHROPATHIES ASSOCIEES A INFECTIONS	115 711
13	3	POLYARTHRITE CHRONIQUE EVOLUTIVE	115 714 714099
13	4	POLYARTHRITE RHUMATOIDE SAI*	115 714 714199
13	20	AUTRES ARTHRITES RHUMATOIDES ET AUTRES POLYARTHROPATHIES INFLAMMATOIRES	115 714
13	21	ARTHROSES ET AFFECTIONS APPARENTEES	115 715
13	38	ARTHROPATHIES AUTRES ET SANS PRECISION	115 716
13	3	OSTEOMYELITE SAI*	118 730 730299
13	1	OSTEOMYELITE PERIOSTE ET AUTRES INFECTIONS AVEC ATTEINTE OSSEUSE	118 730
13	1	MALADIE DE PAGET	118 731 731099
13	6	OSTEOCHONDROPATHIES	118 732
13	2	TASSEMENT VERTEBRAL SAI*	118 733 733169
13	10	ATTEINTES AUTRES ET NON PRECISEES OS ET CARTILAGES	118 733
14	109	ANOMALIES CONGENITALES, dont :	0,32
14	1	ENCEPHALOPATHIE CONGENITALE SAI*	122 742 742999
14	2	AUTRES ANOMALIES CONGENITALES PARTIE SUPERIEURE APPAREIL DIGESTIF	122 750
14	2	LUXATION CONGENITALE DE HANCHE	122 754 754399
14	2	AUTRES MALFORMATIONS SYSTEME OSTEO-MUSCULAIRE	122 754
14	1	TRISOMIE 21	122 758 758099
14	6	ANOMALIES CONGENITALES AUTRES ET SANS PRECISION	122 759
15	78	CERTAINES AFFECTIONS D'ORIGINE PERINATALE, dont :	0,23
15	13	TROUBLES EN RAPPORT AVEC BRIEVETE GESTATION ET POIDS INSUFFISANT NAISSANCE	125 765
15	6	AFFECTIONS D'ORIGINE PERINATALE AUTRES ET MAL DEFINIS	125 779
16	90	SYMPTOMES SIGNES ET ETATS MORBIDES MAL DEFINIS, dont :	0,26
16	6	COMA SAI	130 780 780099
16	5	ALTERATION DE L'ETAT GENERAL	130 780 780719
16	1	DOULEURS THORACIQUES	130 786 786599
16	1	DYSPHAGIE	130 787 787299
16	2	RETENTION D URINE	130 788 788299
16	2	SENILITE SANS MENTION DE PSYCHOSE	132 797
16	2	AUTRES CAUSES MAL DEFINIES OU INCONNUES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE	132 799

17	17	26	FRACTURE COLONNE VERTEBRALE SANS MENTION LESION MEDULLAIRE	136 805	0,06
17	17	1	FRACTURE COTES SIMPLE	136 807 807099	0,01
17	17	1	FRACTURE DU COTYLE SIMPLE	136 808 808099	0,01
17	17	26	AUTRE FRACTURE BASSIN	136 808	0,06
17	17	9	FRACTURE HUMERUS	137 812	0,02
17	17	5	FRACTURE RADIUS ET CUBITUS	137 813	0,01
17	17	9	FRACTURE CARPE POIGNET	137 814	0,01
17	17	25	FRACTURES MAL DEFINIES MEMBRE SUPERIEUR	137 818	0,02
17	17	105	FRACTURES MEMBRE INFERIEUR	138	0,31
17	17	405	FRACTURE COL FEMUR	138 820	1,19
17	17	7	FRACTURE PARTIES AUTRES OU NON PRECISEES FEMUR	138 821	0,01
17	17	56	FRACTURE TIBIA ET PERONE	138 823	0,16
17	17	12	FRACTURE CHEVILLE	138 824	0,01
17	17	98	FRACTURES MEMBRE INFERIEUR AUTRES MULTIPLES OU MAL DEFINIES	138 827	0,29
17	17	1	LUXATION HANCHE	139 835 835099	0,01
17	17	2	PLAIE SAI*	143 879 879899	0,01
17	17	2	AMPUTATION TRAUMATIQUE DE LA JAMBE	145 897 897299	0,01
17	17	52	SEQUELLES LESIONS TRAUMATIQUES TISSUS MUSCULAIRE OSSEUX ET CONJONCTIF	147 905	0,15
17	17	31	SEQUELLES TRAUMATISMES AUTRES ET NON PRECISES	147 908	0,06
17	17	21	BRULURE SANS PRECISION	152 949	0,05
17	17	18	POLYTRAUMATISME SAI*	154 959 959899	0,05
17	17	118	TRAUMATISMES AUTRES ET SANS PRECISION	154 959	0,25
17	17	1	ALLERGIE SAI*	157 995 995399	0,01
17	17	3	COMPLICATION DE GREFFE OU PROTHESE INTERNE SAI*	158 996 996799	0,01
17	17	10	BLESSURE PAR BALLE ACCIDENTELLE	180 E92 E92299	0,03
17	17	479	TRAUMATISMES CAUSES DE MANIERE INDETERMINEE QUANT A L'INTENTION	186 E96	1,41

2 464 AUTRES MOTIFS DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTE, dont :		7,13
18	2 132 SURVEILLANCE POST PARTUM SUITES DE COUCHES NORMALES	
18	2 SUITES DE CESARIENNE	192 V24 V24299 6,26
18	3 PROBLEMES MENTAUX ET COMPORTEMENT	192 V24 V24399 0,01
18	46 AUTRES ETATS POST-OPERATOIRES (SUITES D'INTERVENTION CHIRURGICALE SA*)	194 V40 0,01
18	6 PORT DE PROTHESE DE HANCHE	194 V45 0,14
18	37 MISE EN PLACE ET AJUSTEMENT AUTRES APPAREILS DE PROTHESE	195 V52 V52899 0,02
18	17 AUTRES SURVEILLANCES ORTHOPEDIQUES	195 V52 0,11
18	1 SURVEILLANCE IMPLIQUANT REEDUCATION	195 V54 0,05
18	196 PRISE EN CHARGE POUR POLYPATHOLOGIE	195 V57 0,01
18	1 SURVEILLANCE DE GREFFE D'ORGANE SA1	195 V58 V58699 0,58
18	23 AUTRES MOTIFS DE RECOURS SERVICES DE SANTE	195 V58 V58899 0,01
		196 V65 0,03
25	155 MALADIES DE L'OEIL ET SES ANNEXES, dont :	0,46
25	1 IRIDOCYCLITE SA1	200 364 364399 0,01
25	152 CATARACTE	200 366 0,14
25	2 AUTRES AFFECTIONS DE L'OEIL OU NON PRECISEE	200 379 0,46
26	11 MALADIES DES OREILLES, NEZ, LARYNX	0,03
ENSEMBLE	34 063 TOTAL DES PATHOLOGIES DECLAREES	100,00

34 460 ENSEMBLE DES ADMISSIONS EN IJAD CORRESPONDANTES

# **LISTE DES TABLEAUX**



## Tableau n° 1

Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile  
selon le statut de l'établissement ..... 26

## Tableau n° 2

Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile  
selon le type de structure..... 27

## Tableau n° 3

Répartition des maladies prises en charge en H.A.D. en 1991  
selon la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.) de l'O.M.S..... 31

## Tableau n° 4

Répartition des pathologies prises en charge en H.A.D.  
selon le type d'établissement (C.I.M.) ..... 34

## Tableau n° 5

Répartition des pathologies prises en charge en H.A.D.  
selon le statut de l'établissement (C.I.M.) ..... 36

## Tableau n° 6

Nombre de structures d'H.A.D.  
où la prestation citée est incluse dans le prix de journée ..... 44

## Tableau n° 7

Quelques résultats comparant l'activité en hospitalisation complète  
(non compris la psychiatrie) à celle de l'H.A.D. .... 49

## Tableau n° 8

Motifs des non-admissions en H.A.D. en 1991 ..... 53



# **LISTE DES GRAPHIQUES**



<b>Graphique n° 1</b>	
Evolution du nombre de structures d'H.A.D. en France Métropolitaine .....	6
<b>Graphique n° 2</b>	
Répartition des structures d'H.A.D. selon leur statut .....	16
<b>Graphique n° 3</b>	
Répartition entre le nombre de structures d'H.A.D. et le nombre de places..	17
<b>Graphique n° 4</b>	
Evolution comparée du nombre de structures d'H.A.D. et du nombre de places de 1980 à 1992 .....	18
<b>Graphique n° 5</b>	
Formation des dirigeants des différentes structures d'H.A.D. ....	22
<b>Graphique n° 6</b>	
Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le statut de l'établissement .....	28
<b>Graphique n° 7</b>	
Répartition des personnels salariés des structures d'hospitalisation à domicile selon le type de structure .....	28
<b>Graphique n° 8</b>	
Pathologies rencontrées en H.A.D. Nombre en France en 1991 .....	30
<b>Graphique n° 9</b>	
Pathologies rencontrées en H.A.D. Evolution en % en France de 1982 à 1991 .....	30

### **Graphique n° 10**

Pathologies rencontrées en H.A.D. en 1991 Pourcentage selon le type de structure d'H.A.D.....	32
--	----

### **Graphique n° 11**

Pathologies rencontrées en H.A.D. de AP-HP Pourcentage en France 1982 et 1991.....	35
---	----

### **Graphique n° 12**

Pathologies à Santé-Service de Puteaux Pourcentage en France 1982 et 1991.....	35
---	----

### **Graphique n° 13**

Répartition des structures d'H.A.D. - 1991 selon leur D.M.S. et leur pourcentage de SIDA.....	41
--	----

### **Graphique n° 14**

Evolution du taux de fréquentation des structures d'H.A.D. dans chaque secteur public et privé.....	50
--	----

### **Graphique n° 15**

La fréquentation hospitalière à domicile selon les régions en 1991.....	52
--	----

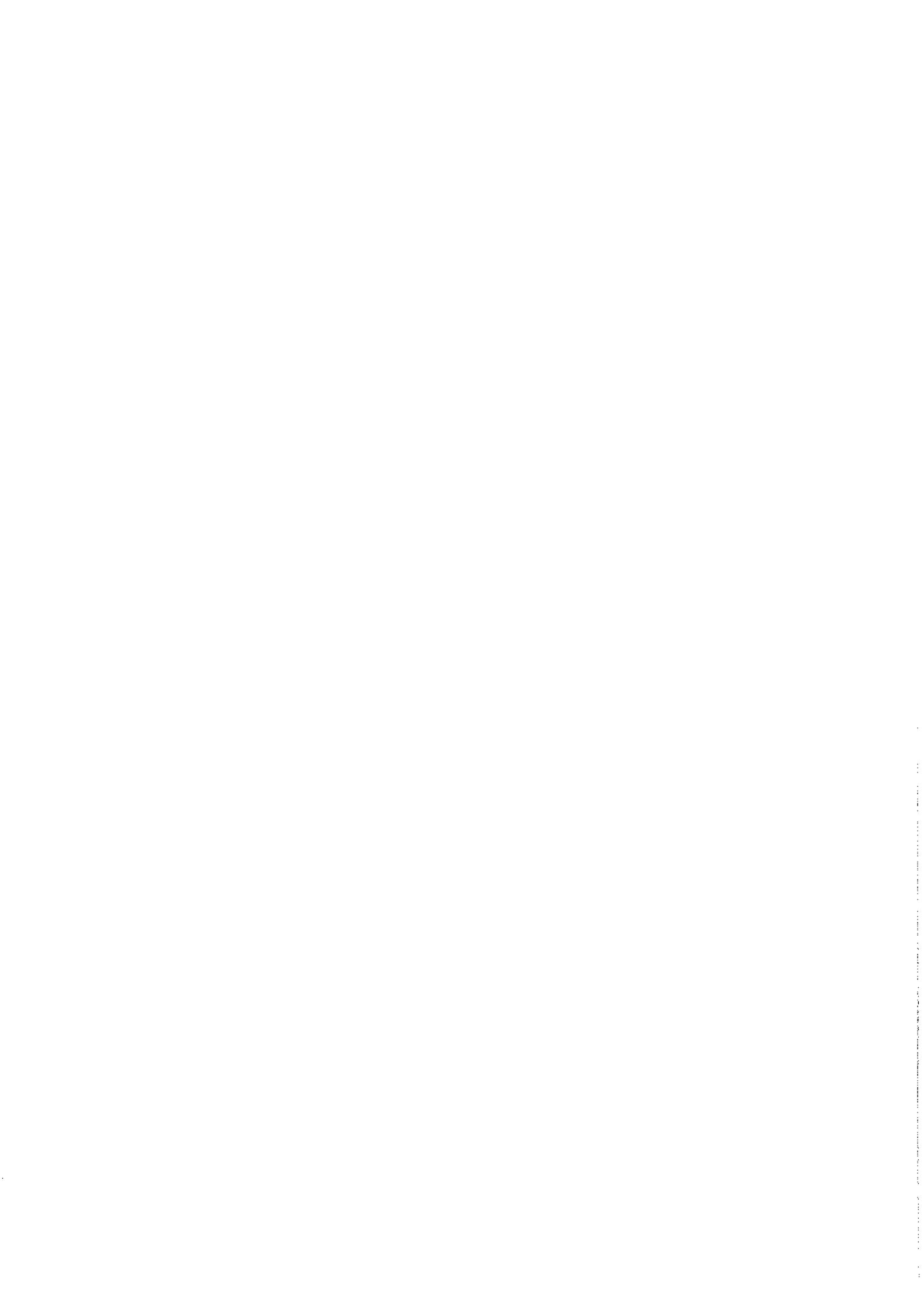
### **Graphique n° 16**

Evolution du nombre de journées en H.A.D. dans chaque secteur public et privé.....	55
---	----

### **Graphique n° 17**

Evolution des taux d'activité en hospitalisation à domicile dans chaque secteur public et privé.....	56
---	----

<b>Graphique n° 18</b>	
	Les durées moyennes de séjour dans chaque structure d'H.A.D. en 1991 .... 58
<b>Graphique n° 19</b>	
	Evolution de la D.M.S. de 1990 à 1991..... 59
<b>Graphique n° 20</b>	
	Evolution de la D.M.S. par période de 3 ans..... 60
<b>Graphique n° 21</b>	
	Evolution de la D.M.S. en hospitalisation à domicile dans chaque secteur public et privé..... 61
<b>Graphique n° 22</b>	
	Evolution des principaux indicateurs globaux en hospitalisation complète de 1980 à 1991 (Source ECO-SANTE FRANCE) / Taux de fréquentation ..... 62
<b>Graphique n° 23</b>	
	Evolution des principaux indicateurs globaux en hospitalisation complète de 1980 à 1991 (Source ECO-SANTE FRANCE) / Les journées ..... 62
<b>Graphique n° 24</b>	
	Evolution des principaux indicateurs globaux en hospitalisation complète de 1980 à 1991 (Source ECO-SANTE FRANCE) La durée moyenne de séjour ..... 62
<b>Graphique n° 25</b>	
	Evolution des principaux indicateurs globaux en hospitalisation complète de 1980 à 1991 (Source ECO-SANTE FRANCE) Le coefficient d'occupation de lits ..... 62



Achévé d'imprimer le 16 Avril 1993  
SCRIPTA Diffusion, 16 Place Adolphe Chérioux  
75015 PARIS  
Dépôt légal : Avril 1993



**COMMENT RECEVOIR OU CONSULTER  
LES PUBLICATIONS DU CREDES**

**ACHAT DES PUBLICATIONS**

- Soit directement au CREDES

1 rue Paul Cézanne

75008 PARIS

(Métro : Saint-Philippe-du-Roule ou Miromesnil)

- Soit par courrier

**CONSULTATION**

Au Service de Documentation du CREDES,

sur rendez-vous : Téléphoner au 40 76 82 00 ou 40 76 82 01

41 structures d'H.A.D. sont opérationnelles en 1992 en France, réparties inégalement sur le territoire. Elles sont caractérisées par une grande diversité de taille, de modes de fonctionnement et de financement.

Les principales pathologies prises en charge sont les tumeurs malignes (53 %), le SIDA (6,5 %), les maladies du système nerveux, de l'appareil circulatoire et les traumatismes. On observe une spécialisation de l'H.A.D. pour les deux premiers motifs, ainsi qu'un développement pour les grossesses pathologiques, les surveillances du post-partum et les polyopathologies.

L'évolution de l'activité en H.A.D. est marquée par un secteur privé attractif et dominant malgré une phase de régression générale entre 1981 et 1984, qui se prolonge dans le secteur public.

L'avenir de l'H.A.D. dépend essentiellement de choix politiques mais semble compromis par les récents décrets d'Octobre 1992.

\*\*\*\*\*

In 1992, there were 41 home health care schemes operational in France, unevenly distributed throughout the country. These are characterised by diversity in size, mode of operation and method of funding.

The main pathologies covered include malignant tumours (53 %), AIDS (6,5 %), disease of the nervous system, cardiovascular diseases and traumatism. Home health care specialises to a certain degree in the first two categories and there has been an increase in cover for high-risks pregnancies, postnatal care and multiple pathologies.

The development of home health care has been characterised by an attractive and dominant private sector, despite a period of general regression between 1981 and 1984 which has continued in the public sector.

The future of home health care depends to a large extent on policy decisions, and would seem to have been placed in doubt as a result of the latest Ministerial Decrees (October 1992).